This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

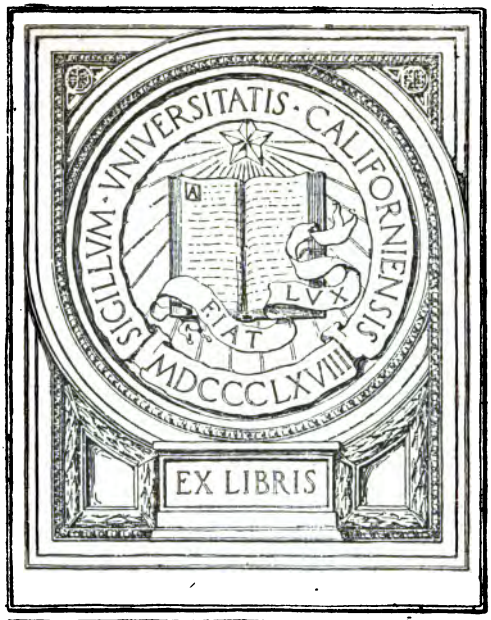
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

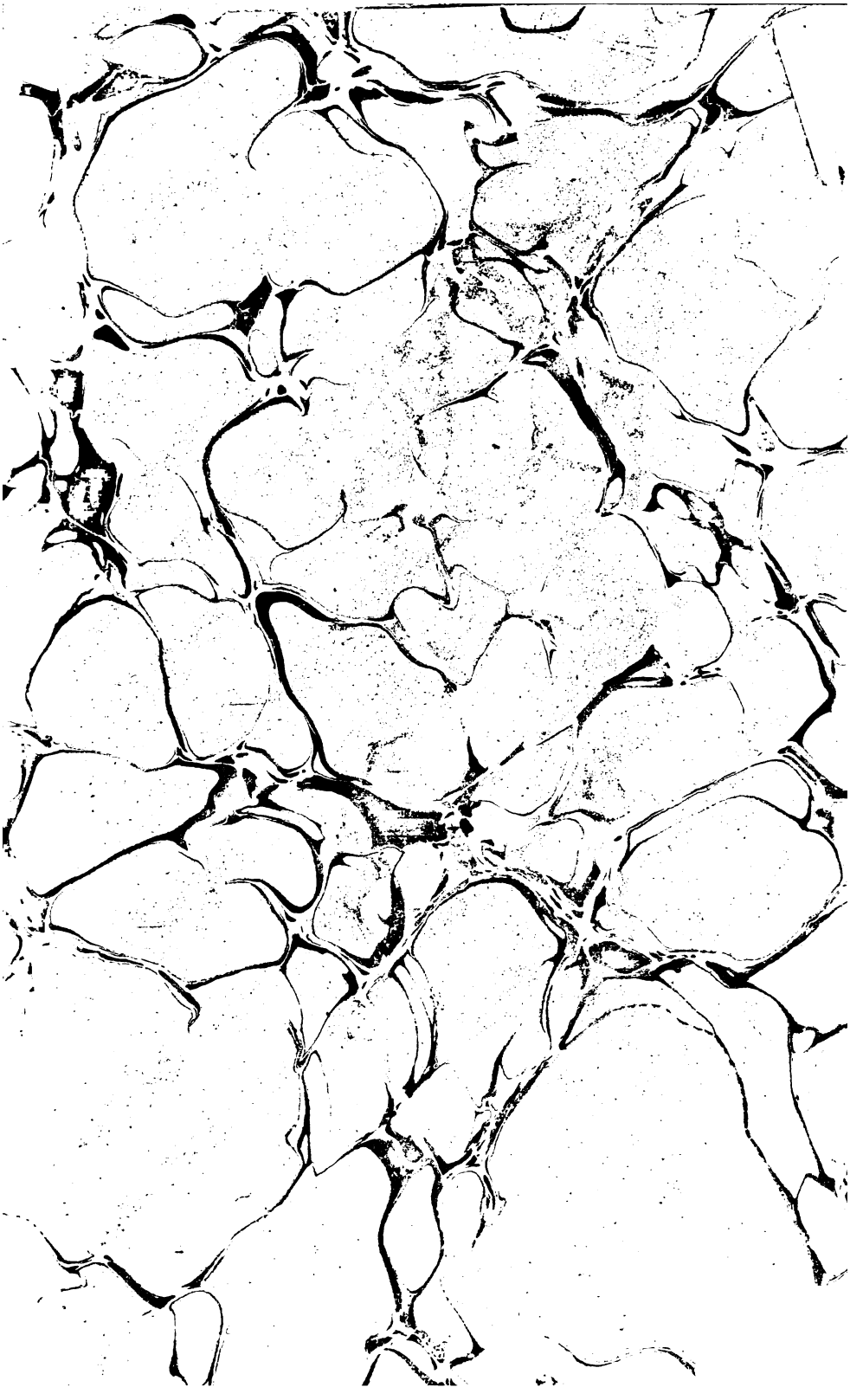
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

N° 115. — Imprimerie typographique des Enfants de Bicêtre.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1891

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

Avec la collaboration de

MM. BANZET, FINET, ISCH-WALL, RAOULT,
A. SOREL et P. SOLLIER.

INTERNES et ANCIENS INTERNES DU SERVICE.

Volume XII.
Avec 14 figures dans le texte et 2 planches.

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

Vve BABÉ et Cie.
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine.

1892

TK C341
B6
v.1-2

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1891.

(Bicêtre et Fondation Vallée.)

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1891.

34570

~~370433~~

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : Bicêtre.

Histoire du service pendant l'année 1891.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Pour permettre au lecteur de mieux se rendre compte des renseignements que nous donnons dans cette première partie, nous rappellerons que la section comprend trois groupes : 1° Les *enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES ; — 2° les *enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres, valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non.*

I. — *Enfants idiots, gâteux, épileptiques ou non*, mais INVALIDES. — Ils se subdivisent en deux catégories : la première est composée d'idiots gâteux, ne parlant ni ne marchant, mais la plupart susceptibles

d'amélioration. Ils sont soumis à un certain nombre d'exercices que nous avons décrits précédemment. On leur apprend à se tenir debout à l'aide des barres parallèles, à marcher, soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du chariot. On fortifie leurs membres en les fléchissant et les étendant alternativement, en leur faisant des frictions stimulantes, etc. Dès qu'ils sont capables de marcher, ils sont envoyés à la petite école, d'abord le matin pendant quelque temps, puis toute la journée aussitôt que leurs forces le permettent. — La seconde catégorie comprend des idiots tout à fait incurables et des enfants atteints d'épilepsie, devenus gâteux ou déments sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent. Ils ne sont plus, en général, que l'objet de soins hygiéniques.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non,* mais VALIDES. (*Petite école*). — Ces enfants fréquentent la petite école confiée exclusivement à des femmes. 212 enfants y ont été inscrits dans l'année. Sur ce nombre, 6 sont décédés, 7 sont sortis définitivement, 21 sont passés à la grande école, 2 sont passés aux adultes, 5 ont été transférés. Sur les 171 enfants qui restaient au 31 décembre 1891, 30 se servent de la cuiller seulement, 81 de la cuiller et de la fourchette, 60 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 9 enfants sont devenus propres (1).

Tous les enfants vont à la petite gymnastique (système Pichery), sauf six venant des gâteux invalides et qui étaient trop infirmes pour y prendre part.

(1) Ce sont les enfants Beaux.., Bouliq.., Dura.., Félu, Lapoussi.., Raff.., Sieger (Paul), Vassa.., et Vivie..

Un seul a pu suivre les exercices de la grande gymnastique. 19 enfants ont été envoyés aux ateliers comme apprentis dans le cours de l'année, savoir : 2 cordonniers, 2 rempailleurs, 2 vanniers et 13 tailleurs.

Le *traitement du gâtisme*, qui consiste à placer les gâteux à des heures régulières sur les sièges d'aisances ; les *leçons de toilette* (lavage de la figure, des mains, entretien de la chevelure, cirage des souliers, etc.), les *exercices des mains* (fermer, ouvrir les mains, agiter les doigts, les allonger, les étendre et les plier simultanément ou isolément, etc.), la *gymnastique*, les *leçons* de *choses*, l'*éducation des sens* et de la *parole* (exercices de prononciation), les *promenades* avec *interrogations*, etc., constituent comme toujours la base de l'enseignement (1).

Nous avons continué à envoyer à tour de rôle, durant les mois d'octobre, novembre et décembre, nos instituteurs, nos institutrices et nos meilleures infirmières à l'Institution des sourds-muets, afin de s'y rendre compte des procédés employés pour apprendre aux sourds-muets à parler. De la sorte, tout le personnel enseignant comprend mieux les moyens qu'il doit employer pour les enfants idiots et qui sont empruntés soit à Séguin, soit à notre expérience personnelle. Aussi devons-nous remercier encore une fois M. Javal, directeur des sourds-muets, du concours qu'il veut bien nous prêter en faisant bon accueil à notre personnel enseignant. En 1890, nous avons envoyé nos trois instituteurs et cinq institutrices ou infirmières à l'Institution des jeunes aveugles, afin qu'ils puis-

(1) Voir pour les détails les *Comptes rendus* précédents et surtout ceux de 1884, p. II; 1886, p. V; 1887, p. IV, 1888, p. IV.

sent s'intéresser davantage et être plus utiles aux idiots aveugles du service. Nous n'avons pu le faire en 1891, mais nous espérons recommencer au début de l'année scolaire 1892-93.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non. Grande école.* — La population de cette école était de 181 enfants au 1er janvier 1891 et de 203 au 31 décembre de la même année.

Les *projections* à la lumière oxhydrique, organisées par nous, ont eu lieu régulièrement tous les jeudis de 9 heures à 11 heures, dans le gymnase. La *Ligue française de l'enseignement* (J. Macé) continue à nous prêter gracieusement des vues relatives à l'histoire de France. De son côté, la *Société de l'enseignement par l'aspect* du Hâvre (1) nous a prêté des vues géographiques. Enfin, nous avons fait faire par M. Hubert, photographe de l'hospice, 63 vues représentant les animaux les plus connus.

De nouvelles instructions ont été données au personnel des dortoirs pour que l'on habitue les enfants à bien ranger leurs vêtements, le soir au coucher, et pour qu'on leur apprenne, au lever, à les brosser et à faire leur lit.

Nous avons fait composer par les enfants de notre atelier d'imprimerie un volume intitulé *Recueil de Mémoires, Notes et Observations sur l'idiotie,* com-

(1) Au mois de mai, cette société a décerné à l'Ecole de Bicêtre, sous le nom de M. Boutillier, notre instituteur en chef, un diplôme d'honneur.

prenant les documents que nous avons pu rassembler de 1772 à 1840. Nous avons pensé rendre ainsi un réel service, non seulement aux médecins et aux internes attachés aux services d'aliénés, mais encore au personnel enseignant et même, quoique dans une moindre mesure, au personnel hospitalier.

Nous n'avons eu qu'à nous louer du personnel enseignant aussi bien des maîtresses que des maîtres.

Le programme général de l'enseignement n'a pas changé. Parmi les améliorations de détail, nous mentionnerons l'essai de la *méthode d'écriture droite*.

Les *leçons de choses* ont continué et à l'école et dans les jardins de la section : jardin des *figures géométriques*, j. *des surfaces*, j. *maraîcher*, j. des *fleurs*, le *bois* et le *verger*. Nous avons obtenu l'aménagement définitif des espaces libres entre les derniers pavillons construits : deux sont consacrés alternativement aux *céréales* et aux *plantes fourragères*, le dernier aux principales espèces de *vigne* et au *houblon*.

16 des enfants les plus avancés, accompagnés de 16 enfants de la fanfare, ont pris part, sous la direction de leur professeur, M. Goy, au concours de gymnastique de Chatillon-sous-Bagneux et ont obtenu une palme en or pour les exercices d'ensemble et un diplôme pour les exercices aux agrès. — La *fanfare*, dont l'un de nos instituteurs, M. Boyer, s'occupe toujours avec zèle, a participé aux concours de musique de Gentilly et d'Arcueil et a reçu une palme et une médaille de vermeil (1).

(1) Un jeune aveugle de la section, Picard, dirige l'exécution des morceaux, qu'un autre de nos anciens malades, infirme, Mathieu, passé dans une des divisions de l'hospice, a transcrits en écriture Braille.

Promenades et distractions. — Les enfants de la Grande école et ceux de la petite école qui sont propres (1) ont continué à faire de nombreuses promenades soit à Paris, soit dans les communes voisines : Luxembourg, Jardin des Plantes, Parc de Montsouris, Place de l'Hôtel de Ville, du Lion de Belfort, Bois de Vincennes, Musée du Louvre (2), à la Foire aux pains d'épices de la place de la Nation où les directeurs de trois théâtres forains (MM. Corvi, Delille et Legois) leur ont offert gracieusement, selon une coutume déjà ancienne, des représentations. Mentionnons les promenades aux fêtes de Gentilly, d'Ivry, d'Arcueil, sur les quais de la Seine, au Port à l'Anglais, à l'Hay, Bagneux, etc.

Tous les enfants sont allés au jardin d'Acclimatation, dont le directeur M. Geoffroy Saint-Hilaire a l'obligeance, chaque année, de nous envoyer des cartes d'entrée (3). Ces promenades n'ont donné lieu à aucun accident capable d'attirer l'attention et de troubler la tranquillité publique. Le maximum des accès survenus au cours de ces promenades a été de quatre. Le nombre des enfants qui y ont pris part s'est élevé jusqu'à 185 à la fois.

Mentionnons enfin les *distractions diverses* communes à tous les enfants valides, distractions partagées par les petites filles de la Fondation Vallée : 1er janvier, distribution de jouets et de bonbons ; 13 janvier, distri-

(1) Les enfants gâteux sont promenés dans les jardins et dans les cours de l'hospice ou aux environs.

(2) On a choisi deux séries composées des enfants les plus raisonnables.

(3) Nous en demandons et en obtenons également pour les enfants de la Salpêtrière.

bution de jouets de la *Lanterne;* Fêtes du mardi gras et de la mi-carême (distribution de beignets et de gâteaux, déguisements) ; en juillet et en novembre, matinées dramatiques organisées avec beaucoup d'habilité et de zèle, par l'un des instituteurs, M. Boyer; 26 mars, séance gratuite de pupazzi, par M. Darthenay; 9 juillet, concert des frères Lionnet, etc., etc. Les parents des enfants qui le désirent assistent aux matinées dramatiques.

Ces promenades et ces distractions, outre qu'elles font grand plaisir aux enfants, contribuent à leur bien-être physique et servent à leur instruction. Les en priver constitue une punition auxquels ils sont très sensibles (1).

Visites. — Les enfants ont reçu 8.200 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 11.375. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés.

Permissions de sortie :	1 jour	114
—	2 —	112
Congés	3 —	70
—	4 —	120
—	5 —	246
—	8 —	75
—	15 —	2
—	2 —	1
	Total	740

Nous ne pouvons, à ce propos, que rappeler ce que nous avons dit: « Jamais il n'est résulté d'inconvénients ni des permissions de sortie, ni des congés. Ils contri-

(1) Nous rappellerons que les *punitions* consistent en : 1° privation de vin; 2° mise en cellule; 3° suppression de promenades; 4° suppression de la visite des parents, et, 5° des permissions de sortie et des congés. Dès qu'un enfant promet sérieusement d'être plus obéissant et de ne pas commettre de nouvelles fautes la punition est levee.

buent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants et comme ceux-ci y tiennent beaucoup, la crainte de ne pas en profiter contribue à maintenir la discipline. « Ajoutés aux promenades et aux distractions, répéterons-nous, ils rendent le séjour de l'Asile plus supportable aux malades et rapprochent autant que possible notre section d'un *hôpital* ou d'un *pensionnat ordinaire* (1).

Vaccinations et revaccinations. — Elles ont été au nombre de 117. Suivant l'habitude, elles ont été pratiquées sous notre direction et celles de nos internes par les élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

Service dentaire. — Notre ami le Dr CRUET, ancien interne des hôpitaux, continue ses visites bi-mensuelles aux enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les résultats obtenus au point de vue de l'hygiène de la bouche et d'une meilleure dentition des enfants sont excellents.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré de Yvon et du bromure de camphre du Dr Clin et des médicaments antiscrofuleux ont continué à être la base du traitement pendant l'année 1891. Nous avons essayé en outre le *bromure de rubidium.* Il a été donné dans l'année 20.389 bains répartis ainsi :

(1) Nous avons trouvé que les congés, dépassant 4 à 5 jours, avaient l'inconvénient de laisser les enfants prendre de mauvaises habitudes, d'être moins dociles et moins laborieux à leur rentrée. Aussi les limitons-nous le plus possible à 4 ou 5 jours.

Bains simples	10.179
— salés	7.884
— d'amidon	0.919
— alcalins	1.166
— de son	0.221
Total	20.369
Bains de pieds	6.655 (1)
Douches aux enfants	66.830 (2)
Douches à des malades externes	1.135
Total	67.965 (3)

Améliorations diverses. — La vêture des enfants laisse beaucoup à désirer, soit parce que les enfants n'ont pas de vêtements à leur taille, soit parce qu'on manque de vêtements pour remplacer ceux qui sont sales ou déchirés. Nous avons demandé le remplacement des bas par les chaussettes pendant l'été. — Autrefois, les enfants avaient des oreillers en plumes et des traversins en paille d'avoine. Nous avons fait supprimer les oreillers et réclamé la substitution de traversins en laine ou en crin aux traversins anciens. — Primitivement, les tables du réfectoire étaient en bois recouvert de toile cirée. Cette toile était fréquemment déchirée et comme on ne pouvait faire immédiatement la réparation, il en résultait que ces tables dont le vêtement était plus ou moins détruit donnaient au réfectoire un

(1) Les enfants de la Fondation Vallée ont pris 1.755 bains de pieds dans le service de Bicêtre.

(2) Les enfants de la Fondation Vallée ont pris en outre 3.350 douches.

(3) Voir, au sujet de l'emploi de l'*hydrothérapie* chez les malades de notre service, les *Comptes rendus* 1880 à ce jour à l'article *bains et hydrothérapie*, ainsi que la thèse de Bricon, parue en 1882.

vilain aspect. Dès l'origine, nous avions proposé des tables en marbre, beaucoup plus faciles à nettoyer et à tenir propres. On craignait qu'avec ces tables, les enfants ne cassassent davantage la vaisselle. Les années précédentes, nous avons obtenu qu'on mit à l'essai les tables en marbre (1). Cet essai ayant réussi, nous avons réclamé la généralisation du revêtement en marbre à toutes les tables du réfectoire de la grande École. Cette proposition a été acceptée et à la fin de décembre 1891, toutes les tables étaient pourvues de marbre.

Avec M. Baron, économe de l'établissement, nous avons organisé, sur la demande des maitres, un petit dîner mensuel auquel prennent part 30 enfants dont la conduite a été la meilleure. Il en est résulté que nous avons moins de carreaux cassés et moins d'habits déchirés. — Un enfant par table, aide les infirmiers à mettre le couvert et à nettoyer le réfectoire; 4 autres enfants aident à l'office. Une ration de 7 centilitres de vin est allouée à ceux qui n'ont pas brisé de vaisselle. — Naguère, les 3 infirmiers de la classe allaient déjeuner de midi à une heure et pendant ce temps, qui correspond à leur récréation, les enfants étaient plus ou moins mal surveillés par des garçons de dortoir. Nous avons demandé et obtenu qu'ils prissent leur repas en même temps que les enfants et dans leur réfectoire. Grâce à cette mesure, les trois infirmiers attachés à la classe surveillent les enfants pendant les récréations. En compensation on leur accorde une heure de repos de 3 heures à 4 heures, c'est-à-dire à l'heure où les enfants sont à l'École. — M. Routier, 1er infirmier, attaché à la Grande école a été nommé sup-

(1) Voir *Compte rendu* de 1889, p. X.

pléant. Parmi les autres améliorations citons la confection d'un brancard spécial au transport des épileptiques après leurs accès ; celle d'une grande brouette couverte, garnie de zinc, pour le transport à la buanderie du linge provenant du pavillon des maladies contagieuses ; — le drainage de la cour des Écoles dont le sol glaise laisse stagner, quand il a plu, de larges flaques d'eau.

Visites du service. — La section a été visitée en 1891 par MM. Baratoux, Bihorel, de Bouchnistroff, président de l'administration territoriale du gouvernement russe, Docteur Bouygues, G. Bur, conseiller général de Seine-et-Oise, Chervin, Mme R. Conradi; par la Commission du Conseil général de la Seine; par MM. Cullerre, Decaen, Déjérine, Dubuisson, Dufète, membre du conseil d'administration des hospices de Lyon; Mlle Frœlich, MM. Hainaut, Horsley, Mlle Gerebko, MM. Giraud, Girod, Gosselet, Hochnart, (de Vienne), Huberty, médecin de l'asile de Grafenberg, Mme Keidanoff, MM. Kœffer, Lamarre, Emile et Marc Launey, publicistes, Langlois, directeur de l'institution des enfants idiots de Aubonne ; Madeuf, Massatsugu-Yaméné, attaché au Ministère de la Justice du Japon, Mlle Masson, artiste peintre, MM. Morvan, Obregia, Otto Jaspersin, R. Russel, Spearman, ancien inspecteur des aliénés en Angleterre, Thatchet, Takarsky, Vladimir Stepanowitch, Mme la baronne de Wandelstadt Walhart Vay Idsinga (de Hollande).

Musée pathologique. — Le musée, placé sous la surveillance de notre ancien interne M. P. Sollier, s'est augmenté notablement en 1891, ainsi que le montre le tableau comparatif ci-après.

	1886	1887	1888	1889	1890	1891
Bustes et plâtres	136	161	180	206	231	253
Plâtres divers	24	24	28	30	33	33
Squelettes entiers	»	»	»	5	11	14
— de la tête	22	25	38	45	58	76
Calottes crâniennes	123	156	177	190	207	221
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (adultes et enfants)	129[1]	152	188	310	335	357

Nous avons continué à reprendre, dans le cimetière de la commune (Gentilly), lors du relèvement des corps des malades décédés il y a plus de cinq ans, les crânes et les squelettes entiers, quand il s'agit d'hémiplégiques. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis février 1887.

Le musée reçoit, en outre, toutes les photographies des malades décédés, leurs observations qui sont reliées en volume, chaque année, les photographies des cerveaux, qui forment aujourd'hui 7 Albums (2).

II.

Enseignement professionnel.

Cet enseignement a été dirigé, en 1891, de même qu'en 1890, par M. Leroy, pour la *menuiserie*; Alène, pour la *couture*; Bénard, pour la *serrurerie*; Dumou-

(1) En 1885, nous avions 101 pièces diverses.

(2) Nous profitons de l'occasion pour remercier de nouveau nos collaborateurs MM. Hubert et Hurel, qui apportent le plus grand zèle à l'exécution des photographies et des moulages.

lin, pour la *cordonnerie*; Mercier, pour la *brosserie*, Morin, pour la *vannerie*, le *rempaillage* et le *cannage* des chaises; Maréchallat, pour l'*imprimerie*.

Nous n'avons eu, comme par le passé, qu'à nous louer de tous les maîtres de l'enseignement professionnel, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à l'instruction professionnelle des enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur donner. Aussi insistons-nous encore pour que l'Administration les en récompense en accueillant la demande que nous lui avons adressée de les admettre successivement à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde aux sous-employés et aux infirmiers. Cette proposition que nous avons renouvelée de nouveau lors de la visite de la commission du Conseil général ne ferait que réaliser un acte de justice.

Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus.

ATELIERS	DATE DE L'OUVERTURE	NOMBRE des APPRENTIS		VALEUR DE LA MAIN D'ŒUVRE	
		Janv.	Déce.		
Menuiserie...	26 août 1883	24	25	5.852 fr.	50
Cordonnerie..	8 octo. 1883	38	46	3.179	»
Couture.....	8 octo. 1883	61	64	7.426	60
Serrurerie....	16 janv. 1884	11	11	4.123	»
Vannerie.....	20 octo. 1884	13	28	2.830	»
Rempaillage..	20 octo. 1884	13	13	350	50
Brosserie.....	26 nov. 1888	10	7	3.884	20
Imprimerie...	8 juin 1889	13	14	3.985	»
		183	208	31.900	80

Les *sept* maîtres (1) sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50. Cette somme, étant déduite de celle du travail des enfants (31.900 fr. 80), il reste un bénéfice de 15.293 fr. 40 soit 1.697 fr. de plus qu'en 1890. Ces chiffres, établis soigneusement par l'inspecteur du service d'architecture M. Delahaye et par M. Baron, économe, montrent que le travail des enfants non seulement couvre la dépense occasionnée par le salaire de leurs maîtres, mais encore, et au-delà, l'intérêt du capital (210.000 fr.) engagé dans la construction des ateliers. « C'est là d'ailleurs, répéterons-nous, une considération secondaire. En effet, l'enseignement professionnel rend des services d'un ordre bien autrement supérieur. Il permet, de donner à un certain nombre d'enfants un métier qui, à leur sortie, les mettra en mesure de gagner leur vie. Quelques-uns ont déjà quitté l'hospice et sont placés ; d'autres le seront aussitôt que les circonstances le permettront. Il nous aide à donner à un plus grand nombre d'enfants le moyen d'atténuer, dans une proportion variable, le sacrifice que la Société s'impose pour eux. Précisons par un exemple : Nous avons à l'atelier de couture des hémiplégiques, c'est-à-dire des malheureux condamnés presque certainement à passer toute leur existence à l'hospice ; la plupart sont ou deviendront de bons tailleurs. Autrefois, ils ne savaient rien faire ; maintenant, grâce à l'enseignement qu'ils reçoivent, une fois passés aux épileptiques adultes, s'ils ont encore des accès, ou passés dans les divisions de l'hospice, s'ils n'en ont plus, ils pourront travailler à l'atelier

(1) La vannerie, le rempaillage et le cannage des chaises sont confiés au même maître.

commun de la maison et leur travail compensera en partie, et pendant de longues années, les dépenses de leur entretien, en même temps qu'il leur fournira quelques ressources personnelles.

4 apprentis, sachant leur métier, sont sortis dans le courant de l'année. Ce sont : Le Corre et Blanc, menuisiers; Guyot, serrurier et Malfilâtre, tailleur.

Le tableau suivant fait voir que le nombre des enfants qui profitent de l'enseignement professionnel est allé en augmentant. Cette progression s'arrêtera probablement bientôt, car nous avons toute la population que doit contenir la section et même au-delà.

	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891
Cordonniers	6	4	10	20	25	41	34	38	34	38	46
Menuisiers .	5	12	18	28	26	31	32	34	23	24	25
Rempailleurs	1	1	1	»	»	11	12	18	19	13	13
Serruriers . .	2	3	4	10	13	17	13	17	17	11	11
Tailleurs . . .	3	5	12	21	24	45	58	72	72	61	64
Vanniers . . .	»	»	»	5	6	8	12	11	11	13	28
Brossiers . . .	»	»	»	»	»	»	»	2	8	10	7
Imprimeurs.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	13	14
Totaux	17	25	45	84	94	153	161	192	187	183	208

Pour compléter l'enseignement professionnel, nous n'avons pas cessé de réclamer la création d'une place de *maître jardinier*, sans avoir eu gain de cause jus-

qu'ici. Parmi les raisons qui justifient cette création, disions-nous l'an dernier, nous invoquerons les suivantes : 1° un certain nombre de nos enfants n'ont pas d'aptitudes pour les métiers sédentaires ou l'insuffisance de leur intelligence ne leur permet pas d'en profiter. Mais, en revanche, ils aiment les gros travaux et seraient utilisés au jardinage avec fruit pour eux et l'administration. 2° Nous tenons beaucoup à ce que les enfants assistent à toutes les opérations de jardinage et de culture qui se font dans nos jardins et nos champs. Eh bien, malgré nos réclamations, il arrive souvent que ces opérations s'exécutent sans que les maitres aient été prévenus et aient pu y conduire les enfants. Bien des *leçons de choses* sont ainsi perdues. Ce n'est pas mauvais vouloir du chef jardinier de l'hospice ; comme il doit s'occuper d'un vaste domaine, qu'il n'est pas chargé d'enseigner aux enfants, il donne des instructions à ses agents qui, eux, agissent à leurs fantaisies. 3° Nous ajouterons que ce maître jardinier pourrait être chargé du jardin de la Fondation Vallée qu'il cultiverait avec ses apprentis et qu'il rendrait également des services, au point de vue des leçons de choses, aux petites filles de cet établissement. » A ces raisons qui n'ont pas perdu de leur valeur, nous en ajouterons une autre : par suite de son indépendance du service et de ses obligations multiples, le jardinier de l'hospice fait parfois les semailles ou les autres opérations agricoles en retard. Cette année, on a oublié de semer le seigle en septembre et le blé en octobre.

Afin d'éviter des accidents, des instructions formelles sont données aux chefs d'atelier pour qu'ils ne s'absentent jamais sans être remplacés par l'infirmier

de garde et, en cas d'absence momentanée de celui-ci, pour qu'ils préviennent le chef de l'atelier voisin.

Lorsque les enfants de nos ateliers de brosserie, vannerie, cannage et imprimerie sont devenus adultes, et passent dans les autres sections du quartier des aliénés ou dans les divisions de l'hospice, ils ne peuvent plus continuer l'exercice de la profession que nous leur avons fait enseigner, l'établissement n'ayant pas d'ateliers similaires. Nous avons demandé et dans l'intérêt de ces malades et dans celui de la maison, qu'ils fussent autorisés à venir travailler dans nos ateliers, dans la mesure des places disponibles. Il est certain que, en raison des besoins des malades, il sera indispensable d'avoir dans le département de la Seine un asile pour les idiots, les imbéciles et probablement les épileptiques adultes, avec des ateliers où les malades pourront continuer, à leur avantage et à celui des finances départementales, la profession qu'ils auront apprise dans les sections d'enfants.

III.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le premier janvier 1891, il restait dans le service 372 enfants : 354 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés, et 18 réputés non aliénés ; sur ce chiffre, 6 sont atteints de surdi-mutité et 8 de cécité. Voici le mouvement de la population en 1891 :

(1) Nous avons délivré 69 bulletins pour le placement d'enfants à des familles qui sont venues nous demander des conseils à notre consultation. (Voir notre *Compte rendu* de 1889, p. XLII.)

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.	TRANSFERTS.	ÉVASIONS.
Janvier	7	2	3	2	»
Février	8	4	1	»	»
Mars	11	1	5	1	1
Avril	10	1	4	2	»
Mai	11	2	2	2	»
Juin	20	1	10	1	»
Juillet	8	»	13	1	»
Août	7	1	4	»	»
Septembre	14	1	4	»	»
Octobre	12	»	1	»	»
Novembre	16	»	7	»	»
Décembre	13	1	7	»	3
Totaux	137	14	61	9	4

Evasions. — Elles ont été de 4 : Dupu..., Joussel..., Maa... et Robe...

Sorties. — Des malades sortants sont passés dans les divisions de l'Hospice ne présentant plus d'accès ou étant suffisamment améliorés, au point de vue mental, pour vivre en liberté, mais étant atteints de maladies ou d'infirmités incurables; 22 ont été dirigés sur les autres sections de la division des aliénés soit comme épileptiques, soit comme idiots ou imbéciles, incapables d'être mis en liberté. Le tableau suivant indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades (Voir p. XXI).

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Mor.....	16 ans.	Menuisier.	Epilepsie traumatique.	Rendu à ses parents le 18 Janvier. (Cet enfant devait être transféré).
Duna.....	16 ans.	Imprimeur.	Imbécillité morale; Kleptomanie.	Transféré le 21 janvier à la Colonie de Vaucluse.
Leva.....	9 ans.	—	Imbécillité et hémiplégie droite prédominant au membre inférieur droit scoliosé.	Amélioration. Transféré le 29 janvier à Bourg (Ain).
Lev.....	16 ans.	Tailleur.	Imbécillité mentale avec perversion des instincts; épilepsie.	Sorti définitivement le 13 février.
Robe.....	18 ans.	Cordonnier.	Imbécillité et arriération mentale.	Evadé. Défalqué le 16 mars.
			Hystérie, épilepsie.	Non rentré de congé. Défalqué le 20 mars.
Sonstr.....	17 ans.	Serrurier.	Imbécillité; instabilité mentale.	A été envoyé en congé pour 3 mois, afin de travailler de son métier de menuisier, en Bretagne. Sorti définitivement le 21 mars.
Lecar.....	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité congénitale.	Tranféré le 25 mars.
Hia.....	13 ans.		Imbécillité prononcée. —	Rendu à mère qui le réclamait pour aller habiter la campagne le 28 mars.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSE DE LA SORTIE.
Ler	11 ans 1/2.	—	Idiotie hydrocéphalique.	Transféré le 3 avril 1891.
Malfi	16 ans.	Tailleur.	Imbécillité morale ; arriération intellectuelle ; instabilité mentale. Kleptomanie.	Rendu à son père qui va habiter la province le 6 avril.
Cou	18 ans.	Imprimeur.	Imbécillité morale avec perversion des instincts ; hémiplégie gauche.	Transféré au Mans le 12 avril.
Dup	10 ans.	—	Idiotie.	Amélioration très notable. Rendu à sa mère qui le réclamait le 24 avril.
Aub	17 ans.	—	Imbécillité ; épilepsie prononcée.	Transféré à Orléans le 5 mai.
Jorda	16 ans 1/2	Brossier.	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à Brenty-la-couronne le 10 mai 1891.
Mon	16 ans.	Menuisier.	Imbécillité ; impulsions dangereuses ; perversion des instincts.	Reconduit à Bordeaux pour être remis à sa mère qui habite Blaye et sur sa demande (1er juin).
Crou	4 ans. 1/2	—	Idiotie complète.	Amélioration ; guéri du gâtisme. Rendu à sa mère qui le réclame le 4 juin 1891.

Pil.....	13 ans.	Tailleur.	Imbécillité. Epilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclamait le 18 juin.
Bla	18 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale avec perversion des instincts. Cataracte à gauche.	Rendu à sa mère qui le réclame. Travaillant à Paris de son métier (21 juin).
Vilacè.....	23 ans.	—	Imbécillitè ; spusmodique. Tic particulier : giffleur.	Passé à la 5e 1e le 22 juin 1891.
But.....	18 ans.	Rempailleur	Imbécillité, hémiplégie gauche avec athétose symptomatique du clérose cérébrale.	Passé à la 5e 1e le 22 juin 1891.
Cabo.....	21 ans.	Rempailleur	Idiotie.	Passé à la 5e 3e le 22 juin 1891.
Gal	7 ans.	—	Imbécillité avec perversion des instincts.	Rendu à sa mère qui le réclamait le le 24 jnin.
Lav.....	18 a. 1/2.	Rempailleur	Imbécillité prononcée.	Passé à la 2e 5e le 30 juin.
Voi	19 a. 1/2.	Rempailleur	Imbécillité ; hydrocéphalie.	Passé à la 5e 1e le 30 juin
Colom	19 a. 1/2.	Brossier.	Epilepsie.	Amélioration. Passé à la 5e 3e le 3 juillet 1891.
Charpen ...	15 a. 1/2.	Menuisier.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Amélioration très notable. Rendu à sa mère le 8 juillet 1891.
Meu	19 ans.	—	Idiotie ; chorée dironique.	Amélioration. Passé à la 5e 1e le 13 juillet 1891.
Fau	21 ans	Menuisier.	Imbécillité avec perversion des instincts ; idées mélancoliques.	Amélioration ; passé à la 5e 2e le 19 juillet 1891.
Kel	18 ans.	Cordonnier.	Imbécillité ; impulsions ; microcéphalie.	Passé à la 5e 1e le 24 juillet.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Doléa.....	16 ans 1/2.	Imprimeur.	Imbécillité et épilepsie symptomatique.	Transféré au Mans (Sarthe), le 27 juillet 1891.
Lemo.....	17 ans. 1/2.	Menuisier.	Epilepsie avec impulsions dangereuses.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 28 juillet 1891.
Cad.....	19 ans 1/2.	—	Idiotie complète congénitale.	Passé aux adultes à la 5e 2e le 30 juillet 1891.
Jan.....	22 ans 1/2.	Cordonnier.	Idiotie microcéphalique et Epilepsie.	Amélioration très notable; guéri de de l'épilepsie. Passé à la 5e 2e le 30 juillet (voir son observation dans le *Compte rendu* de 1890, p. 135-152).
Lederma...	18 ans.	Tailleur.	Imbécillité prononcée.	Passé aux adultes à la 5e 2e le 30 juillet 1891.
Plaisa.....	16 ans 1/2.	Tailleur.	Epilepsie.	Guéri (pas d'accès depuis décembre 1888. Rendu à son oncle qui le réclame le 25 juillet 1891.
Thiba.....	21 ans.	Brossier.	Mélancolie.	Guérison. Rendu à sa mère le 29 juillet 1891.
Robin.....	18 ans 1/2.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 1e (adultes) le 31 juillet 1891.
Huln.....	19 ans.	—	Idiotie polysarcique.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 5 août.

Geisselm...	28 ans.	—	Méningo-encéphalite chronique; démence complète.	Passé aux adultes à la 5e 1e le 8 août.
Marqu.....	19 ans.	—	Epilepsie; affaiblissement paralytique à droite ; tendance à la démence.	Passé à la 5e 3e le 22 août.
Eyma.....	18 a. 1/2	Cordonnier.	Epilepsie idiopathique.	Passé aux adultes à la 5e 3e le 27 août.
Masla.....	18 a. 1/2	Brossier.	Epilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 13 septembre.
Wei.....	18 a. 1/2	Imprimeur.	Imbécillité légère avec impulsions kleptomaniaques; idées de suicide.	Passé aux adultes à la 5e 2e, le 16 septembre.
Thy.....	13 ans.	Serrurier.	Débilité mentale.	Le 23 septembre rendu à sa mère qui le réclamait.
Théve.....	15 ans.	Tailleur.	Imécillité et hémiplégie gauche symptomatique de sclérose cérébrale.	Sorti en permission non rentré défalqué le 25 septembre.
Belve.....	18 a. 1/2	Vannier.	Imbécillité et épilepsie.	Passé aux adultes à la 5e 3e, le 5 octobre.
Dup.....	16 ans.	Brossier.	Imbécillité, instabilité mentale avec perversion des instincts kleptomanie.	Non rentrée de congé, défalqué le 3 novembre.
Sar.....	14 ans.	Serrurier.	Arriération intellectuelle et hystérie légère.	Amélioration notable, rendu à sa tante le 4 novembre.
Crouz.....	15 a. 1/2	Serrurier.	Hébéphrénie; dépression mélancolique.	Guérison. le 7 novembre.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Bas	6 ans	—	Hébéphrénie mélancolie avec idées de suicide; — accès d'excitation ; hallucinations de l'ouïe et de la vue.	Guérison. Rendu à sa mère le 6 novembre.
Guy.....	17 ans.	Serrurier.	Epilepsie idiopathique.	Guérison; pas d'accès depuis 1889. Placé comme ouvrier serrurier. Sorti le 11 novembre.
Com	10 ans.	—	Hébéphrénie ; Excitation maniaque.	Guérison Sorti le 15 novembre.
Moul.....	13 ans.	Serrurier.	Imbécillité légère et instabilité mentale.	Amélioration très notable. Sorti le 22 novembre.
Haup	18 ans.	Menuisier.	Imbécilité et instabilité mentale, sans perversion des instincts avec dépression mélancolique consécutive à une fièvre typhoïde.	Amélioration très notable. Rendu à sa mère le 10 décembre.
Del	19 a. 1/2	—	Imbécillité,	Passé aux adultes à la 5e 2e le 9 décembre.
Roc.....	16 ans.	Employé de commerce	Instabilité mentale.	Guérison. Rendu à sa mère qui le réclame le 24 décembre.
Fez	15 ans.	Employé de commerce.	Hystéro-épilepsie, instabilité mentale ; kleptomanie.	Amélioration très notable. Rendu à sa famille qui le réclame le 24 décembre.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 9 ; ils s'appliquent à des enfants dont les parents habitent Paris, mais qui sont nés dans les départements. Les demandes des préfets ont été plus nombreuses ; toutes n'ont pas eu de suites, parce que les familles ont préféré reprendre leurs enfants que de les laisser partir loin d'eux. Nous reviendrons plus loin sur cette question importante.

Décès. — Ils ont été au nombre de 19 ; le tableau ci-après donne le diagnostic, la date et la cause du décès, et quelques-unes des particularités présentées par les malades (Voir p. XXVIII).

Nous avons continué, autant que possible, à relever le poids du *thymus* et de la *glande thyroïde*. Sur 15 autopsies, 10 fois il n'y avait aucune trace du thymus. Huit fois nous avons trouvé des fragments de cet organe dont le poids a varié de quelques grammes à 12 gr. Il serait intéressant de comparer, à cet égard, les enfants sains avec les nôtres. Nous espérons y arriver un jour.

Population au 31 *décembre* 1891. — Il restait à cette date dans le service 434 enfants se décomposant ainsi : 414 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés et 20 réputés non aliénés. Sur ce chiffre 6 enfants sont affectés de surdi-mutité et 8 sont aveugles.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Date du décès.
Rab.....	12 ans.	Epilepsie et démence complète.	2 janvier.
Roos.....	6 ans.	Idiotie et épilepsie.	29 janvier.
Mèzer.....	12 ans.	Idiotie. Athétose double.	5 février.
Obl.....	13 mois.	Idiotie.	17 février.
Gèm.....	26 ans.	Imbécillité congénitale. Epilepsie.	21 février.
Gas.....	15 ans.	Imbécillité.	3 mars.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose pulmonaire.	Père nerveux. Mère et grand-père alcooliques. — Cousins maternels, convulsions. Gâtisme jusqu'à 7 ans. — Premières convulsions a 3 ans 1/2, puis accès d'épilepsie. — Aspect chagriné d'un assez grand nombre de circonvolutions. Tuberculose pulmonaire. — Corps thyroïde : 15 gr. ; pas de thymus.
Broncho-pneumonie.	Père, excès de boisson. — Mère, névralgies. — Arrière-grand'mère maternelle morte d'apoplexie avec hémiplégie droite. — Asphyxie par submersion à 18 mois, modification consécutive de l'intelligence, arrêt de la parole et de la marche. Convulsions avant et après l'accident. — Vertiges. — Rien d'apparent au cerveau. Le thymus persiste et présente le volume d'une amande.
Cachexie progressive.	Mère très nerveuse, fille naturelle. — Chute pendant la grossesse. Asphyxie à la naissance. Inégalité de poids des hémisphères. — Légère dilatation ventriculaire. Endocardite valvulaire ; sclérose localisée du lobule paracentral gauche. — Forme anormale du lobe occipital. Corps thyr. : 10 gr. ; pas de thy.
Convulsions.	Vomissements incœrubles pendant la grossesse. — Tics dès les premiers jours de la vie. Convulsions à partir de deux mois et demi, parfois jusqu'à 20 par jour. Tante maternelle attaques de nerfs. Grand père maternel alcoolique. Grand'mère maternelle, attaques de nerfs. — Sœur morte de méningite. — Adhérences disséminees. Corps thyroïde très peu développé, ne peut s'enlever que par lambeaux; Thymus: trois lobes; 12 gr.
Urémie.	Mère nerveuse. Frère, convulsions, méningite. Premières convulsions à 17 mois. Six états de mal. Néphrite tuberculeuse. Epididymite tuberculeuse. Tubercules du cerveau. Au niveau du sternum, couche de graisse qui rend difficile la recherche du thymus.
Broncho-pneumonie.	Grand'mère maternelle hystérique. Asphyxiée à la naissance. Bronches pneumonie tuberculeuse fibreuse. Lésions méningitiques douteuses. Corps thyroïde: 20 gr. ; pas de thymus.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	Date du décès.
Klei.....	15 ans.	Idiotie. Epilepsie.	27 mars.
Mau.....	8 ans.	Idiotie.	3 avril.
Bar	11 ans 1/2	Idiotie. Epilepsie.	3 mai.
Mol	8 ans.	Idiotie complète.	6 mai.
Viv	6 ans 1/2	Idiotie.	8 juin.
Kre	17 ans.	Epilepsie.	12 aout.
Cam	3 ans.	Idiotie.	27 sept.
Mes	14 ans.	Epilepsie.	30 décemb.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Cachexie progressive. Congestion pulmonaire.	Grand-père paternel alcoolique. — 7 oncles et tantes morts de convulsions Deux cousins paternels idiots. Sœur épileptique. Frère mort de convulsions. Accès à 5 ans 1/2. Accès précursifs. affaiblissement progressif. Corps thyroïde ; 10 gr. ; pas de thymus.
Congestion pulmonaire.	Deux oncles paternels morts de convulsions. Mère nerveuse. Tante maternelle mélancolique. Sœur morte de convulsions. Asphyxie à la naissance. Congestion méningie. Œdeine cérébral. Corps thyroïde : 15 gr. : le thymus persiste.
Abcès de foie.	Enfant naturel. Convulsions de la dentition. Méningo-encéphalite disséminée. Corps thyroïde : 5 gr. ; pas de thymus.
Pneumonie.	Enfant assisté. Rien aux centres nerveux à l'œil nu. Corps thyroïde: 5 gr. ; pas de thymus.
Méningite.	Enfant naturel. Tante parternelle aliénée. Affaiblissement paralytique du coté gauche. Carré du rocher. Méningite. Porencéphalie droite. Corps thyroïde; 15 gr. ; pas de thymus.
Etat normal.	1er accès à 8 ans. Congestion pulmonaire double. Rien d'apparent à l'œil ou sur le cerveau. Corps thyroïde : 32 gr. ; pas de thymus.
Cachexie progressive.	Enfant assisté Etat gélatiniforme du cerveau. Adhérences disséminées des méninges. Légère congestion de la pie-mère. Corps thyroïde 5 gr ; pas de thymus.
Etat de mal.	Congestion pulmonaire. — Adhérences des méninges prédominant à droite, foyer cortical à gauche. Corps thyroïde : 20 gr. ; pas de thymus.

Personnel du service en 1891. — Le personnel était ainsi composé: 1° pour le *service médical*: 2 internes titulaires, MM. Brézard et Finet (1), un interne provisoire, M. Banzet et M. le Dr P. Sollier, conservateur du musée pathologique; 2° pour le *service scolaire*: *a) grande école* : d'un instituteur, M. Boutillier et de deux instituteurs adjoints, MM. Boyer et Mesnard; d'un professeur de chant, M. Pény; d'un professeur de gymnastique, M. Goy; de deux moniteurs, administrés de l'hospice; d'un maitre d'escrime, M. Caudroy (2); d'un suppléant, M. Routier et de deux infirmiers, garçons de classe, dont un ayant le grade de premier infirmier; — *b) petite école* : de Mlle Bl. Agnus, surveillante, de Mlles A. Bohain et Ferret (3), sous-surveillantes, et de Mme Péju, suppléante; — onze infirmières des dortoirs quand elles ont fini leur besogne, viennent aider les maitresses d'école; 3° pour l'*enseignement professionnel*: de sept maitres dont nous avons donné les noms plus haut; plus un infirmier de garde; — 4° pour le *service hospitalier*: de M. Agnus, surveillant; de M. Siégel, sous-surveillant; de Mme Bié, sous-surveillante (Bâtiment des gâteux); de Mlle Athénaïs Bohain, suppléante (infirmerie) (4); de Mme Gladel, suppléante de nuit; d'un premier infirmier attaché au réfectoire de la petite école, de 28 infirmiers et de 35 infirmières de jour ou de nuit, d'un baigneur (suppléant), M. Givalois; d'un perruquier et d'un portier; total du personnel secondaire, 80.

(1) M. Finet a été remplacé le 12 novembre par M. Condamy, interne provisoire.
(2) Le maitre de danse est mort le 8 juin 1889 et n'a pu jusqu'ici être remplacé.
(3) Mlle Ferret a été envoyée à l'école de la Salpêtrière, et a été remplacée par Mme Givalois, suppléante.
(4) Mlle Athénaïs Bohain a été nommée sous-surveillante le 20 avril.

IV.

LA NOUVELLE SECTION. — ACHÈVEMENT DES TRAVAUX VOTÉS EN 1889. — INSTALLATION D'UN SECOND SERVICE DE PROPRETÉ (TRAITEMENT DU GATISME). — TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES : INSTALLATION DES MUSÉES, ETC.

Ainsi que nous l'avons exposé dans notre dernier *Compte rendu*, il ne restait plus à la fin de 1891 qu'à procéder aux travaux de peinture et à l'aménagement des musées et du laboratoire. Il restait aussi à terminer quelques travaux secondaires en cours d'exécution, tels que les cabinets d'aisances de la cour des ateliers et du gymnase.

Cabinets d'aisances de la cour du gymnase.— « Ces cabinets se composent de six sièges, destinés aux enfants et placés bas à $0^{m}35$ du sol. Dans la partie centrale, on a établi un cabinet d'aisances pour les professeurs, ou les chefs d'ateliers avec siège en bois, réservoir d'eau, etchasse commandée par un cordon de tirage. Ce cabinet est clos sur toutes ses faces et sa porte est pleine.

« Les cabinets des enfants sont vitrés dans leur partie haute, de façon à permettre une surveillance facile de l'extérieur. A l'intérieur, ils sont séparés entre eux par des dalles en Comblanchien poli de $1^{m}30$ de hauteur au-dessus du sol (*Fig.* 1).

« Les appareils se composent de pots en fonte émaillée, munis d'une soupape à bascule et à contre-poids ; ils sont à effet d'eau, et cette eau, tombant constamment d'après un réglage de robinets, peut, suivant les besoins, former chasse. Les pots sont scellés sur des tuyaux en fonte qui plongent de 75 centimètres dans

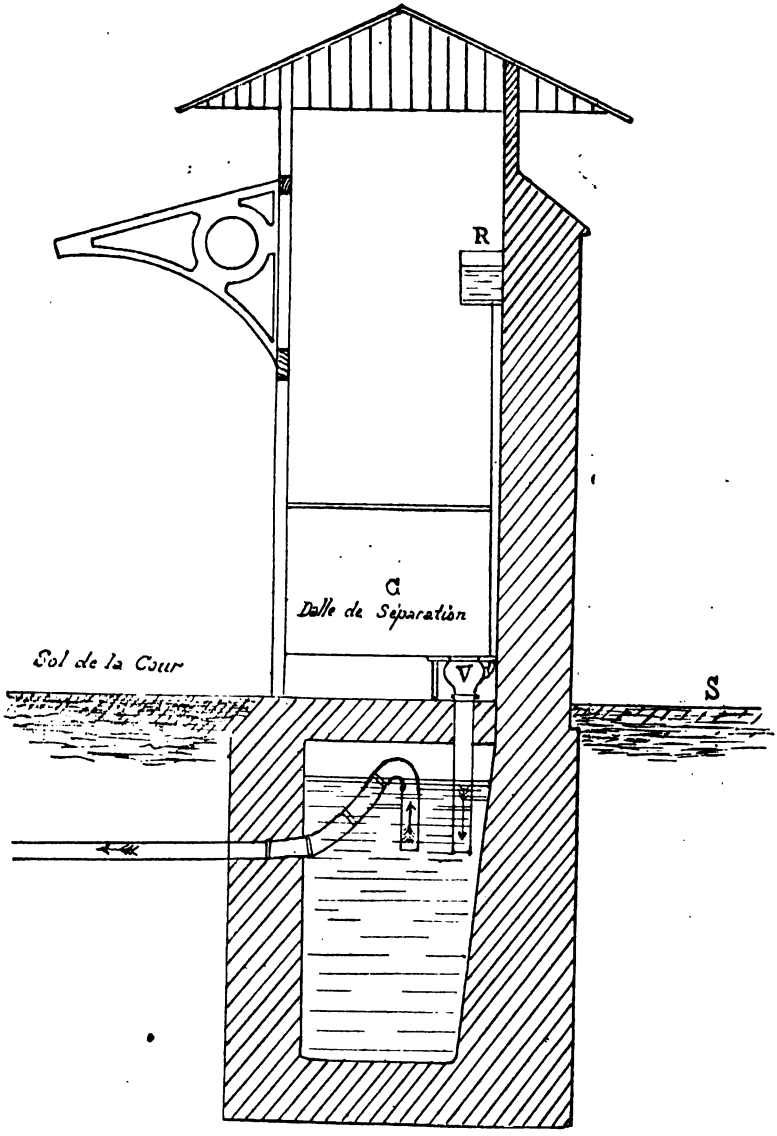


Fig. 1.

une fosse étanche et remplie d'eau jusqu'à 25 centimètres de l'intrados ; ces tuyaux plongent donc de 50 centimètres dans cette eau. Chaque cabinet a son tuyau spécial.

« La vidange de la fosse s'effectue d'une façon constante par un siphon dont l'extrémité plonge dans l'eau de la fosse et établit ainsi le niveau d'eau. Les matières projetées par les tuyaux de chute sont diluées par l'eau des cabinets et par celle de la fosse, dans laquelle elles sont flottantes et entraînées par le tuyau-siphon au fur et à mesure de l'arrivée d'eau dans la fosse et dans la même proportion, elles vont à l'égout.

« Depuis la mise en service de ces cabinets (26 septembre 1891), aucun travail de réparation n'a été nécessaire ni aucune mauvaise odeur ne s'est fait sentir.

« A la longue, dans le cas où l'eau de la fosse serait saturée de matières, il en résulterait, pour plus tard, une vidange ordinaire avec nettoyage de la fosse que l'on remplirait à nouveau d'eau propre.

« Ce système peu connu a eu son emploi motivé par le peu de hauteur du niveau des cabinets, par rapport à celui de l'égout et par la faible quantité d'eau dont dispose l'Hospice, ce qui rend impossible les grandes chasses d'eau très souvent répétées ; il supprime les tinettes, qui trop souvent débordent et répandent une mauvaise odeur dans les cabinets. »

Telle est la disposition de ces cabinets d'après la description qu'a bien voulu nous remettre le service d'architecture. Nous avons dû céder, avec regret, devant les arguments invoqués par M. Rochet auteur du pro-

jet. Mais nous n'en persistons pas moins à préférer à ce système, celui que nous n'avons cessé de réclamer, à savoir, chasse d'eau automatique abondante à l'entrée et à la sortie des cabinets, et envoi direct à l'égoût, sans interposition d'un réservoir d'eau plein de matières en putréfaction, espèce de pseudo-fosse fixe.

Musées. — Nous avons décrit le bâtiment des musées dans notre dernier *Compte-rendu.* (*Fig.* 2 et 3, p. XLII-XLV). L'un d'eux, avons-nous dit, celui qui communique directement avec la galerie centrale et les écoles, est destiné à recevoir le matériel scolaire (*musée scolaire*), la *bibliothèque récréative*, les instruments de la fanfare, etc. De plus, il servira de *salle de lecture*, aux heures de récréation, et de *salle de projections* (1).

Tout le mur qui correspond à la Sûreté est garni de vitrines dans toute sa hauteur et sa longueur. Ces vitrines sont à deux étages. Celles du bas sont avec avant-corps plein ; leur partie haute vitrée, supporte un plancher, soutenu par des consoles, et formant la galerie supérieure à laquelle on accède par deux escaliers placés à chaque extrémité de la salle. Sur cette galerie, le long de laquelle court une rampe en fer, chaque trumeau est rempli par des corps de vitrines, vitrées dans toute leur hauteur.

Les galeries ont été terminées au mois d'octobre et le 26 de ce mois, les enfants en ont pris possession comme salle de lecture seulement, car les installations exigées pour les projections ne sont pas encore commencées. Pendant que les travaux se poursuivaient

(1) Celles-ci se font actuellement dans le gymnase.

nous nous sommes préoccupé de nous procurer les objets qui devaient garnir les vitrines. Nous avons apporté 5 reptiles empaillés qui nous avaient été donnés par un de nos anciens internes en pharmacie, M. Rouffilange. Cet embryon de collection a inspiré à M. Imard l'idée d'essayer d'obtenir du Muséum d'histoire naturelle le don d'objets ou d'animaux réformés chaque année. Aussitôt (16 mars), nous avons écrit à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique en le priant d'adresser, dans ce sens, une demande à M. le ministre de l'instruction publique. Le 24 mars, M. Peyron nous annonçait qu'il s'associait à notre idée et qu'il s'en était fait officiellement l'interprète. Le 14 avril, il nous apprenait que M. Léon Bourgeois avait donné au Muséum des instructions pour faire préparer, à destination du Musée de Bicêtre, une petite collection de minéraux et d'animaux. Peu après, nous avons reçu 29 spécimens de minéraux.

Au mois de juillet, M. le Dr Oustelet, aide-naturaliste au Muséum, nous informa qu'il était à notre disposition pour choisir un certain nombre de mammifères. Nous nous sommes empressé de nous rendre à son invitation. Nous avons désigné, parmi les animaux réformés, ceux qui nous paraissaient les plus utiles et les moins détériorés. M. Oustelet a évalué la dépense qu'entraînerait la remise en état, autant que possible, des animaux choisis. Cette dépense, qui était prévue à 250 fr., a été autorisée par l'Administration. Le travail de réfection a été fait avec soin par M. Tixier, taxidermiste attaché au Muséum, et le 16 octobre nous avons reçu 30 mammifères et 60 oiseaux : c'est là un bon commencement pour notre musée. Nous le devons à notre ami, M. L. Bourgeois, que nous som-

mes heureux de remercier publiquement du concours si empressé qu'il nous a donné dans cette circonstance.

3° *Installation d'un second service de propreté.* — Depuis longtemps, nous avions constaté l'insuffisance de la salle annexée au service de propreté et du traitement du gâtisme de la petite École (1). Par suite de l'accroissement de la population qui dépasse le chiffre fixé, le service de propreté se trouvait encombré, et il en résultait de grandes difficultés pour la régularité de son fonctionnement. Enfin, il y avait de réels inconvénients à laisser toujours en contact des enfants propres ou en voie de le devenir avec les enfants les plus gâteux. Nous appuyant sur l'ensemble de ces raisons, nous avons réclamé l'*installation d'un second service de propreté et du traitement du gâtisme* dans le sous-sol de l'extrémité nord du bâtiment des musées qui, dans cette partie, à cause même de la disposition du sol, est un véritable rez-de-chaussée (2).

Ce service se compose : 1° d'une entrée ; 2° d'une salle de réunion (10 mètres de longueur sur 7 mètres 35), de largeur et 2 mètres 75 cent, sous plafond, dont les parois sont lambrissées dans une hauteur de 1 mètre 40 ; elle a été pourvue de bancs disposés le long des murs ; 3° de la salle de propreté comprenant : un lavabo de 4 cuvettes distinctes, à bascule, de 2 bidets, 1 baignoire, un chauffe-bains au gaz protégé par une grille ; d'un siège d'aisance de 10 trous correspondant avec une canalisation en grès vernissé communiquant avec l'égout, enfin de deux

(1) Voir *Compte-rendu pour* 1880, p. XXI ; pour 1885 p. XXXVI.
(2) Voir *Compte-rendu pour* 1890, p. XLII-XLIV et fig. 2.

meubles pour les peignes, brosses et serviettes, analogues à ceux que nous avons décrits (1).

Les enfants disposent comme préau libre de la cour située entre le bâtiment des musées et le mur qui limite de ce côté l'enclos où se trouve la *Sûreté* (2). Cette cour a été plantée d'arbres, sablée et pourvue d'un *abri* destiné à protéger les enfants contre la trop grande chaleur et contre la pluie (3), mais laissant passer l'air de tous côtés. « Il se compose de trois piliers en fer d'un écartement de 4 mètres d'axe en axe, soutenant un auvent en treillis de fer avec croisillons avançant de 4 m. 50 en bascule et élevé de 4 mètres 25 centimètres au-dessus du sol. Cet auvent est couvert en tôle ondulée (4). »

Les travaux, commencés durant l'été de 1891, ont été terminés vers la fin de l'année. Mais, comme la canalisade l'hospice ne permettrait pas, sans nuire à d'autres parties de la maison, d'alimenter ce service de la quantité d'eau indispensable, il a fallu attendre que cette canalisation fût modifiée et ce n'est que le 2 mars 1892, que le nouveau service de propreté a pu être mis en marche.

Pour l'établissement d'une canalisation d'eau complémentaire afin d'assurer l'alimentation du service, il fallait recourir encore une fois au Conseil de surveillance et au Conseil municipal. Nous avons

(1) *Compte-rendu pour* 1885, p. 37.

(2) Voir le plan joint au *Compte-rendu pour* 1884 (entre le n° 106 et le mur de la Sûreté).

(3) Ce petit projet a du être soumis au Conseil de surveillance (Séance du 13 nov. 1890). La dépense, évaluée à 5.847 fr. après rabais, a été prélevée sur la réserve pour imprévus de l'opération primitive présentant un disponible de 16.133 fr. (Rapporteur, M. V. Goupy). Il n'y a pas eu de discussion.

(4) Note de M. Delahaye, inspecteur du service d'architecture.

pensé qu'il convenait d'en profiter, de faire une révision générale de la section et demander en même temps tout ce qui était indispensable pour réaliser les améliorations reconnues nécessaires.

Le programme de ces différents travaux a été dressé, après un examen attentif, d'accord avec M. Imard, inspecteur de l'Administration, MM. Pinon et Baron, directeur et économe de Bicêtre. M. Peyron a bien voulu charger M. Rochet, architecte, de dresser les devis. Enfin, il a soumis le dossier de cette affaire à son Conseil de surveillance qui l'a examiné dans sa séance du 25 juin. Voici l'extrait du procès-verbal de cette réunion qui nous intéresse et dans lequel se trouve un exposé suffisant des travaux réclamés.

M. LANNELONGUE, rapporteur, donne lecture du mémoire de M. le Directeur.

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de soumettre à votre examen le devis des travaux qu'il serait nécessaire d'exécuter à l'hospice de Bicêtre, pour compléter l'installation du service des enfants idiots et épileptiques. Ces travaux ont été demandés par M. le Chef de service. Ce sont les suivants :

Installation et aménagement de la salle destinée aux projections, au musée, à la bibliothèque et aux lectures récréatives (vitrines, stores, etc.) ;

Pose de marbres sur les tables des réfectoires et sur les armoires ;

Transformation, à l'usage du public, des cabinets d'aisances actuels, qui deviennent inutiles pour les enfants, par suite de la construction de nouveaux cabinets dans la cour des ateliers ;

Installation de bouches d'arrosage et de postes d'incendie dans les cours et les bâtiments récemment achevés ;

Établissement d'une canalisation d'eau complémentaire pour assurer l'alimentation du service ;

Prolongement du chemin de fer Decauville, pour mettre le service en communication avec le chantier, d'une part, et la cuisine, d'autre part.

Le devis qui a été établi par M. l'architecte, prévoit, en outre, une machine à imprimer, le matériel scolaire, divers objets mobiliers, ainsi que les matériaux dont les enfants se serviraient pour faire une partie des travaux dont il s'agit.

La dépense est évaluée à la somme de 50.000 francs 63 centimes, après rabais, y compris l'imprévu et les frais de vérification et de révision.

En voici le détail par nature d'ouvrage :

		fr.	c.
Travaux.....	Maçonnerie.....	834	60
	Plomberie.....	5.220	35
	Menuiserie.....	7.370	40
	Serrurerie.....	2.975	53
	Peinture.....	995	76
	Pavage.....	4.839	57
	Marbrerie.....	4.380	12
	Stores.....	3.175	»
	Chemin de fer Decauville.....	6.125	»
Mobilier.....	Machine à imprimer.....	2.650	»
	Appareil à projections.....	100	»
	Matériel scolaire.....	350	»
	Chaises.....	750	»
	Laine de tourbe.....	1.000	»
Matériel.....	Supports en fonte.....	400	»
	Bois de menuiserie.....	2.674	50
	Divers (clous, etc.).....	170	»
	Total.....	44.410	83
	Imprévus.....	4.441	08
	Frais de vérification et de révision.	1.248	72
	Total.....	50.100	63

Les travaux seraient exécutés par les entrepreneurs adjudicataires de l'entretien, aux clauses et conditions de leurs marchés respectifs, à l'exception des stores et du chemin de fer Decauville, qui feraient l'objet de marchés amiables.

Le mobilier et les matériaux seraient fournis sur mémoires,

à l'exception de la machine à imprimer et du bois à ouvrer, qui feraient l'objet de marchés amiables.

La dépense serait imputée sur la subvention municipale extraordinaire de 1.200.000 francs allouée au budget de 1890 pour grands travaux (5e annuité de l'emprunt).

En vous proposant d'approuver cette nouvelle dépense, je dois vous faire remarquer, Messieurs, qu'elle ne constitue pas un excédent sur les crédits primitifs qui ont été alloués pour la construction du quartier des enfants idiots et épileptiques. En effet, le compte des travaux autorisés pour la création et la continuation du quartier s'est soldé par un boni de 232,000 francs, qui a été reversé dans le fonds commun.

M. LE RAPPORTEUR, tout en reconnaissant l'utilité des travaux projetés, tient à faire remarquer que les hôpitaux d'enfants sont plus mal partagés que le service de Bicêtre, et que leurs vieux bâtiments auraient peut-être un besoin plus urgent d'améliorations. Sous le bénéfice de cette observation, il demande un avis favorable.

M. FERRY critique le non-emploi, si fréquent, des crédits alloués, qui ne se traduit pas par une économie, puisque l'administration, dans la suite, est obligée de demander de nouvaux crédits.

M. Ferry a peine à croire que les fonds alloués pour la construction du quartier des enfants idiots, à Bicêtre, *n'aient pas été dépensés intégralement*, ainsi qu'il est énoncé dans le mémoire. Il ajoute qu'on a fait, pour le quartier des enfants idiots, à Bicêtre, des sacrifices énormes au détriment des hôpitaux d'enfants, pour lesquels ces dépenses considérables auraient été plus profitables. Il conclut en demandant que les 50.000 francs qu'on propose d'employer, à Bicêtre, à de nouveaux travaux qui lui paraissent avoir un caractère de luxe, soient affectés à des améliorations d'anciens hôpitaux.

M. STRAUSS présente une observation sur l'imputation de la dépense. Il déclare que le Conseil municipal n'acceptera pas cette imputation sur les fonds d'emprunt, pour les raisons qu'il a développées, à une séance précédente, sur un projet de travaux analogues.

M. le DIRECTEUR remercie M. Lannelongue de ses conclusions favorables, mais il aurait été heureux de le voir défendre le projet avec plus d'ardeur et sans réserves. L'Assistance

publique a cette bonne fortune d'avoir un service que l'étranger admire. Ce service, pour lequel on a fait de grandes dépenses, demande à être complété ; 45.000 francs suffisent à le rendre parfait. Après avoir voté 1.500.000 francs, le Conseil va-t-il reculer et ne pas achever son œuvre ? M. le Directeur ne le croit pas. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, de dépenses de luxe ; les travaux proposés sont indispensables pour que le fonctionnement des services soit complètement assuré.

M. le Directeur assure M. Ferry que les devis n'ont jamais été dépassés; cette opération a été conduite avec beaucoup d'habileté et de prudence, et elle a toujours laissé du disponible sur les crédits.

Quant à la question d'imputation, l'Administration s'incline devant les dispositions du Conseil municipal; elle demande au Conseil de surveillance de voter le fond de la question, en réservant l'imputation du crédit; elle tâchera de trouver une imputation qui soit agréée par le Conseil municipal.

M. LANNELONGUE appuie les propositions de M. le Directeur, et dépose, au nom de la commission, des conclusions favorables. Ces conclusions sont adoptées. En conséquence, le Conseil émet l'avis suivant:

LE CONSEIL, — Vu le mémoire par lequel M. le Directeur de l'Administration soumet à son examen un devis de travaux à exécuter pour compléter l'installation du quartier des enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre;

Vu ledit devis, s'élevant, après rabais, à la somme de 50.100 francs 63 centimes, y compris l'imprévu et les frais de vérification et de révision,

EMET L'AVIS : 1° Qu'il y a lieu d'approuver le devis susvisé ;

2° De confier l'exécution des travaux aux entrepreneurs adjudicataires de l'entretien, aux clauses et conditions de leurs marchés respectifs, à l'exception des stores, du chemin de fer Decauville, de la machine à imprimer et de la fourniture du bois à ouvrer, qui feront l'objet de marchés amiables.

Nous n'avons aucune observation à présenter sur le mémoire de M. Peyron qui répondait absolument à nos désirs. La discussion soulevée par ce mémoire mérite, au contraire, de nous arrêter. Nous ferons remarquer tout d'abord que si le rapporteur, M. Lan-

nelongue, avait connu la situation honteuse de l'ancien service des enfants à laquelle la section a remédié, s'il avait pu se rendre à Bicêtre et examiner avec MM. Imard, Pinon, Rochet et nous, les motifs qui venaient à l'appui de notre nouvelle demande, il n'aurait fait aucune réserve après la lecture du mémoire de M. Peyron et aurait certainement défendu le projet avec plus d'ardeur et de conviction.

M. Ferry, qui s'est toujours montré le plus fougueux de nos adversaires depuis le début de la construction du service, devait naturellement s'opposer au vote du crédit demandé. Depuis 1882 jusqu'à ce jour, il n'a pas encore compris la nécessité de l'*Assistance des Enfants idiots, épileptiques et aliénés*. Il a commencé sa discussion en commettant une erreur. Si l'Administration réclamait 50.000 fr., ce n'était pas parce que les crédits avaient été dépassés, c'est parce que on avait laissé tomber dans le fond commun un boni de *deux cent trente deux mille francs*, réalisés sur l'ensemble des travaux, grâce au zèle et à l'activité de l'architecte M. Gallois, et à la surveillance de M. Imard. Et mettant en suspicion les dires de l'honorable directeur de l'Assistance publique, M. E. Ferry déclare qu'il « a peine à croire que les fonds alloués n'aient pas été dépensés intégralement.»

Aveuglé par son hostilité, M. Ferry avance que le service de Bicêtre a été fait « au détriment des hôpitaux d'enfants. » Il perd de vue qu'il s'agit précisément de l'hospitalisation d'enfants qui ne pouvaient être traités dans les établissements ordinaires, où ils n'étaient reçus que temporairement ou à titre de curiosité, prenant, durant un temps plus ou moins long, la place d'autres enfants et gênant, d'ailleurs,

leurs camarades de salles par leurs cris et leur turbulence et pouvant leur inspirer de mauvaises habitudes.

Il oublie qu'il a donné son plein assentiment à la fin de 1879 à un projet aussi mauvais qu'insuffisant pour 160 enfants et entrainant une dépense (avant rabais) de 717,179 fr. (1). Il oublie que les fonds nécessaires ont été prélevés, pour une partie, non sur les ressources ordinaires de l'Assistance publique, mais sur une subvention municipale extraordinaire de trois millions au vote de laquelle nous avons pris une large part et pour une autre partie fournis par une nouvelle subvention municipale extraordinaire de *six cent mille* frrncs accordée pour ce projet, sur nos instances personnelles, par M. le Préfet de la Seine (2).

M. Peyron a défendu le projet avec chaleur. Il a fait voir le peu de fondement des assertions fallacieuses de M. E. Ferry, et rappelé l'opinion des plus favorables émise sur le service par les étrangers. C'est donc à M. Peyron que nous devons le vote des derniers crédits destinés à l'achèvement et aux dernières installations de notre service : nous l'en remercions bien vivement. Son appréciation, celle des nombreux membres des Congrès internationaux d'assistance publique et de médecine mentale qui, eux, se sont dérangés et sont venus voir notre service, compensent amplement les critiques malveillantes, formulées sans raison, sans examen sur place, par des hommes d'une compétence douteuse, quelque haute opinion qu'ils aient d'eux-mêmes.

Nous avons vu qu'une réserve avait été faite par

(1) Voir le *Compte-rendu* de 1884, p. XIX, XXV.
(2) *Ibidem*, p. LIX.

notre ami Strauss au sujet de l'imputation de la somme demandée pour l'exécution des travaux complémentaires que nous examinons. Ce point a été tranché dans la séance du 9 juillet 1891 du Conseil de surveillance après une courte discussion que nous reproduisons.

Imputation sur le pari mutuel de la dépense occasionnée par les travaux complémentaires du quartier des enfants de Bicêtre.

M. LE DIRECTEUR rappelle que le Conseil a, dans sa dernière séance, approuvé un devis de 50,100 fr. 63 concernant les travaux à exécuter à l'hospice de Bicêtre pour compléter l'installation du quartier des enfants idiots et épileptiques, mais qu'il a réservé l'imputation du crédit primitivement proposée sur les fonds d'emprunt, sur l'observation de M. Strauss que cette imputation ne serait pas acceptée par le Conseil municipal.

L'Administration a cherché sur quels fonds il lui était possible d'imputer la dépense ; à défaut de l'emprunt, seuls les fonds du pari mutuel peuvent la supporter. M. le Directeur demande au Conseil un avis favorable à cette imputation.

M. HORTELOUP, qui était favorable, en principe, à la continuation des travaux, hésite à accepter l'imputation sur le pari mutuel. En effet, ces fonds sont déjà grevés de près de 600,000 francs, et peut-être serait-il prudent de les réserver pour les réparations très urgentes des vieux hôpitaux. L'imputation sur les fonds d'emprunt lui paraitrait meilleure, attendu qu'il a été réalisé un boni de plus de 200,000 francs sur les deux premières opérations de la création et de la continuation du quartier, et qu'une partie de ce boni, plus de 50,000 francs, provient de la deuxième opération qui avait été imputée sur les fonds d'emprunt.

M. Horteloup estime que les travaux projetés ne présentent pas un caractère d'urgence absolue, et qu'il serait préférable de réserver les fonds proposés pour des améliorations plus indispensables des vieux établissements.

M. STRAUSS s'est entretenu avec M. le Préfet de la Seine de la situation financière de l'Assistance publique à Paris, qui doit pouvoir compter sur les ressources extraordinaires du

pari mutuel pour faire face aux dépenses nécessitées par les réparations de ses bâtiments.

Pour la question des fonds d'emprunt, il a déjà eu l'occasion de s'expliquer à ce sujet à une séance précédente, et il ne peut que répéter les raisons qu'il a données du refus du Conseil municipal d'accepter l'imputation sur les fonds d'emprunt pour les grosses et petites réparations. Les 10 millions destinés aux travaux extraordinaires doivent être exclusivement employés à des créations de services, telles que l'isolement des maladies contagieuses, ou à d'autres constructions utiles et neuves. Ce crédit ne doit pas être éparpillé en de petites réparations, très urgentes certainement, mais d'où ne se dégage pas une création. Il faut que le Conseil municipal puisse faire la justification des dépenses d'emprunt en citant les œuvres qui ont été créées avec ces fonds. La ville ne peut donc pas accepter l'imputation défendue par M. Horteloup, elle ne peut pas, d'autre part, accorder de crédit extraordinaire.

Il s'ensuit que la seule ressource dont dispose actuellement l'Assistance publique pour les travaux projetés de Bicêtre est le pari mutuel. Cette ressource a déjà, d'ailleurs, été employée tout récemment à l'acquit de dépenses de travaux dans beaucoup d'établissements; pourquoi écarterait-on Bicêtre de cette répartition ?

M. Strauss demande instamment que le Conseil sanctionne son vote de la dernière séance, par lequel a été décidée la continuation des travaux en acceptant, suivant la proposition de M. le Directeur, l'imputation de la dépense sur le pari mutuel.

L'avis favorable, mis aux voix, est adopté.

De ces travaux, quelques-uns seulement ont été effectués, tels sont : 1° la transformation à l'usage du public des anciens cabinets d'aisances des enfants (8 septembre); — 2° l'installation de bouches d'arrosage et de postes d'incendie (20 décembre); 3° l'établissement d'une canalisation d'eau complémentaire.

Section II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1891.

I.

Situation du service. — Enseignement primaire.

Primitivement, il était dans les vues de l'Administration départementale de n'envoyer à la Fondation que des enfants idiotes et imbéciles, propres et n'ayant ni accès d'épilepsie, ni attaques d'hystérie. Or, dès l'ouverture de la maison, cette règle n'a pas été respectée. De même que nous avions consenti en 1890 à recevoir des petits garçons, les places manquant à Bicêtre et le bureau d'admission de l'Asile clinique étant encombré, de même nous avons accepté, sans observation, l'envoi d'idiotes gâteuses et de jeunes filles épileptiques.

Nous n'avons pu, à la Fondation, répartir convenablement les enfants des différents groupes, comme nous l'avons fait à Bicêtre, les locaux ne s'y prêtant pas. Nous avons rassemblé cependant au rez-de-chaussée du bâtiment E (Voir le Plan), les *idiotes gâteuses invalides*. Elles ont leur dortoir, leur petite salle de

réunion (servant en même temps de réfectoire), et un préau découvert. Une infirmière leur donne les soins matériels qu'exige leur situation et leur apprend à se tenir debout, à marcher, à se servir de la cuiller, etc.

Les enfants *idiotes gâteuses*, mais *valides*, vont à l'école avec les enfants idiotes, imbéciles, arriérées qui sont propres. Il en résulte que les classes sont souvent souillées par les gâteuses et que ce n'est qu'avec les précautions les plus minutieuses que l'on arrive à les maintenir dans un état de propreté satisfaisant. Les deux catégories d'enfants se trouvent également mélangées au réfectoire. Pour atténuer le plus possible les inconvénients qui résultent de ce mélange, nous avons fait faire des bancs scolaires et des bancs de réfectoires d'un genre particulier : chaque place est séparée par un appui et le siège, recouvert d'un coussin en laine de tourbe perforé, est percé d'un trou au-dessous duquel est disposé un vase mobile (1).

L'*Enseignement primaire* est confié exclusivement à des femmes sous la direction de Mlle Berthe Langlet, surveillante. Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section des enfants de Bicêtre. Tout le matériel scolaire est le même. Les *leçons de choses* sont multipliées autant que possible et complétées par des promenades dans le domaine et dans les environs. Les enfants assistent à toutes les opérations du jardinage, participent à la récolte des légumes et des fruits.

100 enfants ont fréquenté l'école et participé aux

(1) Voir dans le *Compte-rendu* de 1887, la description et les figures de nos fauteuils d'enfants gâteux (p. v).

exercices de la gymnastique Pichery. 24 des plus grandes ont suivi les exercices de la grande gymnastique (mouvements, agrès, etc). M. Goy, maître de gymnastique à Bicêtre, a continué à venir régulièrement tous les jeudis afin de dresser le personnel et d'exercer les enfants. Nous avons réclamé pour lui une indemnité qui ne lui avait pas encore été accordée à la fin de 1891.

34 enfants savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; — 43 de la cuiller et de la fourchette ; — 12 de la cuiller ; — 10 enfants seulement ne savent pas encore se servir de la cuiller et on doit les faire manger.

4 *enfants gâteuses* sont devenues *propres* (Noiria..., Merci..., Le guich..., et Teuli...)

La *gymnastique* comprend tous les exercices de la gymnastique des mouvements avec chants et la gymnastique des agrès. L'échelle convexe nous a rendu de réels services pour le redressement de la taille de plusieurs jeunes filles dont l'attitude était vicieuse.

Enseignement profesionnel. — Il a été limité, en 1891, aux *travaux du ménage* (entretien des dortoirs, lavage de la vaisselle, mise du couvert au réfectoire), à la *couture* et au *repassage*.

50 enfants vont à l'*atelier de couture*, les unes pendant 1 heure seulement, les autres durant 4 heures. Au 31 décembre 1891, 16 d'entre elles étaient devenues des apprenties sérieuses. Elles font ou raccommodent des tabliers, des robes, des jupons, des bavettes, des pantalons, des pélerines, des costumes, pour leurs bals du Mardi-gras et de la Mi-carême.

25 enfants fréquentent l'*atelier* de repassage:

d'abord pendant 1 heure, puis durant 4 heures. Nous retrouvons-là, 12 des meilleures apprenties de l'atelier de couture. Elles repassent des tabliers, des jupons, des mouchoirs, des robes, des bavettes, des rideaux, des bonnets, des fichus, des corselets, des pantalons.

Le travail, évalué par M. Baron, économe de Bicêtre, d'après les tarifs de cet établissement, s'est élevé à 882 fr. 75 pour le premier atelier et à 991 fr. 90 pour le second, soit en tout, 1874 fr. 65. (En 1890, de mars à décembre, le produit du travail avait été de 771 fr. 75.) Voici le tableau mensuel:

MOIS.	NOMBRE des Apprenties (1).	VALEUR de la MAIN-D'ŒUVRE.	
		Couture.	Repassage.
		fr. c.	fr. c.
Janvier	12	102 25	70 70
Février	15	116 50	62 85
Mars	15	93 »	72 35
Avril	13	118 50	79 65
Mai	14	82 10	60 90
Juin	17	58 10	81 55
Juillet	15	48 80	77 95
Août	14	52 50	96 75
Septembre	15	47 »	73 85
Octobre	15	72 15	112 85
Novembre	16	55 25	100 »
Décembre	16	36 60	102 50
TOTAUX	.....	882 75	991 90
TOTAL GÉNÉRAL	.....	1874 65	

(1) Il ne sagit dans cette statistique que des meilleures élèves.

Visites, permissions de sortie et congés. — Les enfants ont reçu 1799 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 3.114.

Congés de 2 jours	22
— 3 jours	19
— 3 à 8 jours	98
Total	139

Promenades. — Les promenades ont lieu le mardi et le vendredi, soit à Paris (Jardin des plantes, parc de Montsouris, place d'Italie), soit aux environs (Gentilly, Villejuif, fortifications, jardins de Bicêtre, etc.).

Distractions. — Une quarantaine d'enfants ont assisté à trois matinées dramatiques données par les enfants de Bicêtre, au concert des frères Lionnet, au théâtre de la fête de Gentilly, au bal des garçons de Bicêtre. De la Fondation, 16 enfants ont été déguisées au Mardi-Gras et 19 à la Mi-carême. Elles se sont promenées dans les cours de l'hospice avec les garçons déguisés et dans l'après-midi ont dansé avec eux à Bicêtre et à la Fondation. Il n'est résulté aucun inconvénient de ces amusements en commun, auxquels nous tenons particulièrement, malgré certaines appréhensions administratives.

Améliorations diverses. — Nous avons obtenu des cuillers, des fourchettes et des couteaux de dimensions diverses, appropriées à l'âge des enfants. Les réfectoires ont été pourvus de carafes au lieu de brocs. En mars, nous avons reçu 80 costumes de gymnastique et, en avril, le complément des lits (40).

Infirmerie; maladies intercurrentes non contagieuses. — 4 enfants ont été atteintes de *bronchite*, 9 de

pleurésie; 1 d'*ictère*; 1 d'accidents herniaires; 1 de *méningite tuberculeuse*. Jusqu'au 29 octobre, les enfants de la Fondation ont été soignées à l'infirmerie de la section des enfants de Bicêtre. A partir de cette date, la population étant au complet, nous avons ouvert définitivement l'infirmerie de la Fondation.

Maladies épidémiques. — Diphthérie. Nous donnons plus loin des renseignements détaillés sur l'origine de la petite épidémie de diphthérie qui a éclaté au mois de mars. (Voir p. LXXX.)

Afin d'en arrêter l'extension, nous avons fait examiner tous les jours la gorge des enfants. Dès qu'il y avait des présomptions, l'enfant était isolée, sa literie et ses vêtements étaient désinfectés ; son lit lavé avec une solution phéniquée forte. Dans les classes, le réfectoire' les dortoirs, nous avons fait procéder quotidiennement à des aspersions et des vaporisations phéniquées. Les enfants ont été envoyées tous les jours en promenade à la campagne, en dehors des habitations, et, durant leur absence, les portes et les fenêtres des locaux ont été maintenues ouvertes afin d'établir une large ventilation.

7 enfants ont eu la diphthérie : Bult.., Low, Souail.., Pich.., Courto.., Vaissi.., et Stadmil.. 2 ont succombé, Bult.. et Low. Elles ont été soignées au pavillon d'isolement de la section de Bicêtre. Il n'y a eu aucun cas parmi les garçons.

Notons encore : 1 cas de gale, 1 cas de coqueluche, 1 d'oreillons et 7 de teigne. Toutes ces enfants ont été traitées au pavillon d'isolement.

Bains et hydrothérapie. — Les bains, les douches,

la gymnastique, joints à l'emploi des médicaments antiscrofuleux et aux préparations bromurées, ont continué à être la base du traitement pendant l'année 1891. Les bains sont donnés à la Fondation. Les enfants valides vont prendre leurs douches dans la section des enfants de Bicêtre et les enfants invalides les prennent à la Fondation même. Les bains de pieds sont donnés également à Bicêtre (1). Voici la statistique des bains et des douches en 1891 :

Bains simples	3.060
— salés	616
— amidonnés	330
— alcalins	20
Total	4.026
Douches à Bicêtre	5.707
— à la Fondation	2.166
Total	6.873
Bains de pieds	1.495

Vaccinations. — Dans le courant de novembre nous avons revacciné 39 enfants, dont *dix* avec succès.

Service dentaire. — L'examen de la bouche des enfants est fait régulièrement par M. le Dr CRUET, chargé du même service dans la section des enfants de Bicêtre.

Enumération des travaux faits par l'atelier de menuiserie des enfants de Bicêtre pour la Fonda-

(1) Dans tous les établissements de ce genre, ainsi que dans les asiles, il est indispensable d'avoir un *service de bains de pieds.*

tion. — En *janvier :* 1 grande table pour l'atelier de repassage, 1 tableau des surfaces, un socle pour les boules, des tableaux pour la classe de géographie ; — en *mars :* 1 porte-serviettes, 1 meuble pour la sphère, 2 tables scolaires, 1 grand tableau noir ; — en *avril :* 1 porte-serviettes, 16 bancs pour le réfectoire, 20 tableaux, 1 table scolaire (1) ; — en *juin :* 1 casier pour cent trousseaux ; — en *octobre :* 1 escabeau pour le magasin d'habillement, 1 bureau pour le cabinet de la surveillante (bâtiment des classes) ; — en *novembre :* 4 bancs et une table pour le réfectoire, 1 porte-serviettes ; — en *décembre :* 1 porte-serviettes et 1 coffre à linge.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1891, il restait à la Fondation 69 enfants se décomposant ainsi :

Epileptiques	16
Idiotes et imbéciles	53

dont 5 petits garçons. — Sur ce nombre, 3 étaient atteintes de surdi-mutité et 2 de cécité. Voici le mouvement de la population en 1891.

(1) L'atelier des adultes de Bicêtre a fourni la table-bureau du cabinet du médecin.

MOIS.	ENTRÉES.	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANSFERTS.
Janvier	2	1	»	»
Février	2	1	1	1
Mars	6	1	2	»
Avril	1	»	»	»
Mai	4	»	»	»
Juin	13	»	1	»
Juillet	4	»	1	»
Août	3	1	»	»
Septembre	5	1	»	»
Octobre	7	1	»	»
Novembre	1	4 (1)	1	»
Décembre	»	1	»	»
Total	48	11	6	1

Nous allons entrer dans quelques détails au sujet des *sorties* et des *décès*.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 6. Le tableau ci-après donne le diagnostic, la date, la cause du décès et quelques-unes des particularités présentées par les malades.

Sorties. — Le tableau de la page L indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

Evasions. — Il n'y en a pas eu une seule en 1891.

Transfert. — Un seul, celui de l'enfant Hibo.., qui a été transférée à Armentières.

Population au 31 *décembre* 1891. Il restait à cette date 99 enfants à la Fondation se répartissant ainsi :

(1) Il s'agit de 4 petits garçons qui ont pu être conservés à la Fondation jusqu'à ce que les demandes de placement pour les filles aient été suffisantes pour remplir les lits.

Epileptiques.....	22
Idiotes et imbéciles	77
Total.....	99

Sur ce nombre, 43 sont *gâteuses,* 3 sont atteintes de *surdi-mutité* et 3 de cécité.

Personnel. — Il se compose d'un médecin, d'un interne en médecine, M. Banzet, d'une surveillante, Mlle Berthe Langlet, de trois suppléantes, Mmes Ehrmann, Givallois et Thomas; de deux premières infirmières, Mmes Lapeyre et Lejeune ; d'un portier (ayant le grade de premier infirmier), de 6 infirmières de jour et 4 de nuit. Total du *personnel secondaire :* 17. Nous n'avons que des félicitations à adresser à Mlle Langlet et à ses auxiliaires pour l'activité, le dévouement et l'intelligence qu'elles apportent dans l'accomplissement de leurs fonctions.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	CAUSES DE DÉCÈS.
Gav.....	13 ans 1/2	Imbécillité méningitique.	10 février.
Schwitz.....	4 ans 1/2	Idiotie méningitique.	15 février.
Bult.....	6 ans 1/2	Idiotie.	23 mars.
Low.....	14 ans	Idiotie par asphyxie.	25 mars.
Perr.....	6 ans 1/2	Idiotie.	11 juin.
Blais.....	17 ans 1/2	Idiotie par arrêt de développement.	5 novemb.

CAUSES DE DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose pulmonaire.	Débilité mentale du côté paternel et maternel. — Cousin maternel mort de méningite avec convulsions ; frère, mort de méningite. — Epaississement de la pie-mère sur les régions cérébrales antérieures. — Légère dilatation ventriculaire. — Pachyméningite de la base. — Corps thyroïde : 25 gr. ; pas de thymus.
Diarrhée. Cachexie.	Grand-père paternel, mort de paralysie. — Arrière grand-père, ivrogne. — Mère, rhumatisante. — Accès de colère. — Convulsions à 2 ans 1/2, avec excitation consécutive. — Paraplégie choréiforme. — Cécité. — Guérison de la paralysie et de la cécité. — Gâtisme. — Morte chez ses parents.
Diphtérie.	Mère, névralgies faciales. — Premières convulsions à 4 mois. — Diphtérie. Mort. — Léger état granuleux du cerveau. — Corps thyroïde : 10 gr. ; pas de thymus.
Diphtérie.	Père rhumatisant ; oncle paternel, nerveux, tétanos ; Grand'mère maternelle migraineuse. — Tournoiement de la tête dans les premiers mois. — Convulsions à 3 mois. — Diphtérie. — Mort. — Léger aspect gélatiniforme du cerveau. Minceur de la pie-mère. — Corps thyroïde : 15 gr; pas de thymus.
Etat typhoïde.	Sclérose double des circonvolutions motrices et de l'insula. — Corps thyroïde 15 gr. ; Pas de thymus.
Tuberculose pulmonaire et péritonéale.	Craniectomie sans résultat en 1891. — Corps thyroïde 15 gr. ; pas de thymus.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIES.	CAUSES DE LA SORTIE.
Delv.....	2 ans.	—	Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.	Rendu à sa mère qui veut garder son enfant chez elle.
Schwitz.....	4 ans.	—	Idiotie méningitique.	L'enfant étant atteinte d'entérite chronique ses parents l'ont reprise pour qu'elle ne meurt pas à la Fondation Vallée. L'enfant est morte le 15 du même mois.
Hibo.....	3 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à Armentières dans le département du Nord, le 16 février.
Rog.....	11 ans.	—	Epil epsiesymptomatique.	Rendue à ses parents pour éviter le transfert le 2 mars.
Mainga.....	13 ans.	—	Accidents hystériques et dépression mélancolique.	Sortie guérie le 30 avril.

Rat.....	10 ans.	—	Idiotie avec cécité.	Rendue à sa famille le 10 septembre.
Grang.....	11 ans.	—	Imbécillité symptomatique de méningite.	Rendue à sa grand'mère, l'enfant est améliorée ; 2 octobre.
Sal.....	3 ans.	—	Idiotie microcéphalique, asphyxie et convulsions à la naissance.	Passé dans le service des garçons de Bicêtre; 15 novembre.
Milch	6 ans.	—	Idiotie complète, gâtisme, parole nulle. — Incapacité de se vêtir, de se laver.	Passé dans le service des garçons de Bicêtre; 15 novembre.
Fél	3 ans.	—	Idiotie symptomatique de sclérose atrophique. — Hémiplégie droite. — Athétose. Épilepsie partielle.	Passé dans le service des garçons de Bicêtre; 15 novembre.
Lié	4 ans.	—	Idiotie congénitale par asphyxie. — Lésions scléreuses probables après les convulsions ultérieures.	Passé dans le service des garçons de Bicêtre; 15 novembre.
Ehme.....	14 ans.	—	Chorée avec troubles intellectuels.	Rendu à sa mère qui le réclame comme en ayant besoin à la maison (teigne.) 14 décembre.

Section III.

I.

Assistance des aliénés. — Des placements volontaires.

Au commencement de l'année 1891, nous avons remarqué avec un certain étonnement que les enfants aliénés dont les parents étaient venus nous demander les formalités à remplir pour l'admission dans notre service n'y étaient pas envoyés ou y étaient envoyés par *placement d'office*, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la Préfecture de police, et non par *placement volontaire*, comme nous l'avions indiqué. Nous nous sommes décidé à porté la question devant la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine. Voici l'extrait du procès verbal de la séance du 12 mars 1891 (p. 76) :

M. le Dr Bourneville. — Je désire appeler l'attention de la Commission sur le mode de placement des enfants dans nos asiles. Pendant longtemps, les placements volontaires dans les asiles publics de la Seine étaient l'exception. Presque tous les malades, adultes ou enfants, étaient placés d'office et devaient passer par le Dépôt de la Préfecture de Police, où ils restaient un temps plus ou moins long et dans les conditions

les plus défavorables. Avec nos collègues de la 3e Commission du Conseil général, nous avons demandé que les malades peu aisés eussent les mêmes avantages que les malades riches et pussent être placés directement au bureau d'admission. Il a fallu des années pour obtenir que les placements volontaires fussent en nombre illimité. Aujourd'hui encore, ils sont loin d'être aussi nombreux que les placements d'office, qui devraient être restreints aux malades arrêtés sur la voie publique ou ayant nécessité l'intervention de la police.

En ce qui concerne les enfants jusque dans ces derniers temps, les placements volontaires devenaient de plus en plus nombreux; mais depuis quelques mois, le bureau d'admission refuse tout placement volontaire d'enfants. On en revient aux pratiques condamnées avec raison par le Conseil général. Il faut que le commissaire de police fasse une enquête; que des témoins se déplacent; que les familles conduisent leurs enfants à la Préfecture de Police, d'où ils sont envoyés à l'Asile clinique dans la même voiture que les adultes, entendant leurs cris, leur injures, etc.; enfin, ils sont répartis dans les quartiers consacrés aux enfants.

Avant que l'enfant arrive où il doit être soigné, les parents sont obligés de fournir des renseignements : au commissaire de police, au médecin du Dépôt, au médecin du bureau d'admission. Ils sont condamnés à des pertes de temps considérables pour des personnes peu fortunées. Quant aux enfants, le Dépôt est souvent pour eux une cause d'effroi, sans compter d'autres inconvénients sur lesquels nous ne croyons pas devoir insister. Laissant de côté pour aujourd'hui, les placements volontaires d'adultes, je demande à la Commission de vouloir bien émettre le vœu « *que toutes les facilités possibles soient données de nouveau aux familles pour les placements volontaires d'enfants.* »

Il est un second point sur lequel je désire également appeler l'attention de la Commission. La loi sur le domicile de secours veut que les enfants soient secourus dans le département où ils sont nés. Il en résulte qu'une situation des plus fâcheuses est faite aux enfants idiots, épileptiques ou arriérés. Lorsque ces enfants sont admis dans des services spéciaux, au bout d'un temps variable, ils sont réclamés par leur département d'origine et séparés, par conséquent, d'une manière complète de leurs familles. Nous devons dire, à l'honneur de celles-ci, que nombre d'entre elles préfèrent reprendre leurs enfants que de s'en séparer pour toujours. C'est pour mettre fin à une pratique aussi inhumaine que nous avons demandé au Conseil

général d'autoriser l'Administration à maintenir dans les asiles de la Seine les enfants dont les parents habitent ce département. Dans la discussion qui a eu lieu le 9 mai 1881, M. Lafont a fait adopter un amendement tendant à restreindre les placements aux enfants dont les parents habitent Paris ou le département de la Seine depuis deux ans, afin d'empêcher certains parents de venir exprès à Paris pour faire entrer leurs enfants dans nos asiles. Le vœu du Conseil s'appliquait aux enfants de tous les départements dont les parents remplissaient les conditions indiquées, ainsi que cela ressort de mes rapports sur le service des aliénés de 1878 à 1881.

Dans la même séance, le Conseil adoptait une délibération spéciale visant les enfants appartenant au département de Seine-et-Marne.

Le conseil général de la Seine, en consentant à ne demander aux départements d'origine des enfants que le remboursement du prix de journée qu'ils payent dans leurs asiles, et en prenant à sa charge la différence entre ce prix et celui de la Seine, faisait un acte d'humanité. Cette mesure, pour des raisons que nous ne rechercherons pas, n'a pas été comprise ou acceptée par la plupart des préfets. Aussi les demandes de transfert continuent-elles et les familles sont-elles de nouveau mises en face de déterminations douloureuses, soit que la misère les oblige à se séparer de leurs enfants, soit qu'elles les reprennent, s'exposant à voir aggraver leur mal ou à subir tous les inconvénients qu'entraîne le séjour de ces enfants dans les maisons qu'ils habitent. Peut-être un jour aurons-nous l'occasion de vous faire un exposé complet des faits relatifs aux transferts des enfants. Aujourd'hui, nous en citerons deux : 1° une Alsacienne accouche à Lille, où elle habitait momentanément, puis vient à Paris qu'elle n'a pas quitté. Sa famille habite l'Alsace ; l'enfant sera transféré dans le département du Nord ; 2° un Parisien, marié à une Parisienne, mécanicien du chemin de fer de l'Ouest, est appelé, par son service, au Mans. Un de ses enfants y naît ; la famille revient habiter Paris, l'enfant, placé à Bicêtre, est réclamé par le département de la Sarthe, où il n'a aucun parent. Que dire aussi des enfants dont les mères parisiennes vont, par précaution, accoucher à la campagne ? Leurs enfants subissent les dures conséquences de la loi sur le domicile de secours.

Pour remédier à une situation si fâcheuse, nous demandons à la Commission de surveillance d'émettre le vœu : *Que les enfants idiots et épileptiques, dont les parents habitent Paris*

depuis deux ans, soient maintenus dans les asiles de la Seine et de demander à l'Administration de faire, auprès de M. le Ministre de l'Intérieur, les démarches nécessaires pour que ce vœu conforme aux vœux du Conseil général de la Seine, soit porté par M. le Ministre à la connaissance des préfets des départements.

M. le Dr TAULE, directeur de Sainte-Anne. — M. le Dr Bourneville se plaint que, depuis quelque temps, les enfants ont cessé d'être admis, à titre de placements volontaires, au bureau d'admission de l'Asile clinique, et il demande à la Commission d'émettre le vœu que « toutes les facilités possibles soient de nouveau accordées aux placements volontaires d'enfants. » J'ai le regret de me trouver, sur ce point en dissentiment avec M. Bourneville. Mais, malgré la déférence que je lui dois comme savant et comme membre de la Commission, je me vois obligé de combattre ses conclusions et de vous supplier d'émettre un vœu diamétralement opposé au sien, à savoir que les enfants ne soient plus admis, à quelque titre que ce soit, au bureau d'admission de Sainte-Anne, où ils se trouvent en proximité avec les adultes.

M. Bourneville invoque, à l'appui de sa demande : l'intérêt des familles et les décisions du Conseil général. L'intérêt des familles et celui des enfants seraient beaucoup mieux sauvegardés si, comme je ne cesse de le demander depuis six ans, on les admettait directement dans les services spéciaux de Bicêtre, de Vaucluse, de la Salpêtrière ou de la fondation Vallée. J'ai fait, depuis longtemps, ressortir les inconvénients et les dangers du séjour des enfants au bureau d'admission, et dernièrement encore, à propos d'un attentat récent qui n'a pas été ébruité, grâce à la sagesse de la famille, je les signalais de nouveau à l'Administration, en lui annonçant que je subirais les placements d'office, puisqu'ils m'étaient imposés, mais que je refusais désormais les placements volontaires d'enfants.

Quant à l'opinion du Conseil général, je ne puis que m'étonner de la voir invoquée par M. Bourneville à l'appui de sa demande, alors que personne n'ignore que depuis plusieurs années le Conseil général s'est au contraire, constamment associé à mes réclamations au sujet de la promiscuité et de l'encombrement. Pour en donner la preuve, je demande à la Commission de vouloir bien me permettre de citer le passage

suivant de mon dernier rapport sur les causes de l'encombrement du bureau d'admission :

« L'admission des enfants à Sainte-Anne à titre de placement volontaire date seulement de 1877. Antérieurement, ils étaient toujours admis directement à la Salpêtrière, à Bicêtre ou à la Colonie de Vaucluse, ouverte en 1876 (1). C'est pour donner satisfaction à des demandes dont les auteurs ne sont pas spécifiés dans la lettre préfectorale, que l'Administration, après avoir longtemps résisté, parce qu'il n'existait pas à Sainte-Anne de quartier spécial pour cette catégorie de malades, se laissa enfin persuader, à la condition qu'on n'admettrait que 12 enfants au plus (6 garçons et 6 petites filles). C'était déjà trop de douze dans les conditions déplorables où ils se trouvaient. Mais une fois la porte ouverte, ils y rentrèrent par centaine (il y en a eu 187 depuis le 1er janvier jusqu'au 31 octobre 1890).

C'est cet abus et l'admission également abusive des épileptiques au bureau central de Sainte-Anne qui motiva l'année suivante, sur le rapport de M. le Dr Bourneville, une délibération du Conseil général ainsi formulée : « Art. 4. — Aucun placement d'aliénés épileptiques ne pourra être fait en dehors des services spéciaux de Bicêtre (sexe masculin) et de la Salpêtrière (sexe féminin). Aucun placement d'enfants aliénés, idiots ou arriérés, ne pourra être fait en dehors des services spéciaux de Bicêtre) jeunes garçons gâteux ou âgés de moins de 7 ans), de Vaucluse (jeunes garçons arriérés ou idiots valides de sept à seize ans), et de la Salpêtrière (filles de tout âge).

Plus tard, en 1886, sur le rapport de M. le Dr Robinet, le Conseil général émet les vœux suivants :

« 1° Que le bureau d'admission redevienne ce qu'il était auparavant et ce qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être, un bureau de répartition pour les aliénés adultes ;

« 2° Qu'il soit interdit à l'avenir au Directeur de Sainte-Anne de recevoir les enfants idiots et arriérés ;

« 3° Que ces enfants soient envoyés directement à la colonie de Vaucluse (chose facile, à cause de la proximité de la gare d'Orléans), à la Salpêtrière ou à Bicêtre. »

Ces vœux étaient ainsi motivés par le Rapporteur :

« La 3me Commission du Conseil général ne peut s'exposer du jour au lendemain à voir surgir des faits très graves (par suite du maintien des enfants de l'admission) et dont on la rendrait

(1) Voir p. LXX et LXXI.

responsable. Elle ne pourrait arguer de son ignorance, car les rapports du Directeur de Sainte-Anne sont formels, sa demande est absolue..., il ne peut accepter plus longtemps d'être rendu responsable d'une situation contre laquelle il proteste.

« Votre 3me Commission est d'avis de donner satisfaction à la demande si légitime du Directeur de Sainte-Anne et de notre ancien collègue, M. le Dr Thulié, en déclarant qu'à l'avenir aucun enfant ne devra séjourner au bureau d'admission. »

Ces vœux n'ayant pas reçu satisfaction, la 3me Commission les renouvelle l'année suivante par l'organe de son rapporteur, M. le conseiller Pétrot, mais toujours sans résultat.

Dans le principe, l'Administration a pu supposer qu'une fois entrés au bureau d'admission, les enfants n'y séjourneraient pas. C'était une illusion que l'expérience a depuis longtemps dû faire disparaître. En fait, ils y ont toujours séjourné, comme la statistique le prouve, aussi longtemps que le médecin répartiteur a jugé à propos de les y maintenir pour les observer (et n'y séjourneraient-ils qu'un seul jour, que ce serait déjà trop à cause de la promiscuité). Du reste, l'Administration obtiendrait-elle gain de cause sous ce rapport que l'encombrement ne tarderait pas à se reproduire, les vides existants actuellement à Bicêtre et à la fondation Vallée devront bientôt être comblés. Il n'y a qu'une mesure radicale qui puisse faire disparaître l'encombrement et la promiscuité : c'est l'interdiction absolue de l'entrée des enfants à Sainte-Anne et leur admission directe dans les services spéciaux à eux destinés. Il est temps de revenir à la pratique en usage avant 1877, pratique dont l'abandon n'a eu que des conséquences fâcheuses pour les malades, pour l'Administration et pour le personnel de nos asiles.

En conséquence, je prie de nouveau la Commission de vouloir bien repousser la demande de M. le Dr *Bourneville* relativement aux placements volontaires d'enfants et décider qu'à l'avenir, ils seront admis dans les services spéciaux de Bicêtre, de Vaucluse, de la Salpétrière et de la fondation Vallée, sans passer par le bureau d'admission de Saint-Anne. (V. p. LXXI)

M. BAILLY. — La question du placement des enfants n'a pas été prévue par la loi du 30 juin 1838; j'ignore si elle a été reprise et élucidée dans le projet de la loi voté il y a quelque temps par le Sénat et actuellement en élaboration à la Chambre des députés. En attendant le vote définitif de cette loi, je vous prie, messieurs, de vouloir bien repousser les deux pro-

positions de M. le Dr *Bourneville*, ou du moins en ajourner la discussion. Ces deux propositions auraient, en effet, pour résultat non seulement d'encombrer de nouveau le bureau d'admission de l'Asile clinique, mesure contre laquelle le Conseil général et la Commission de surveillance ont toujours protesté, mais encore d'occasionner au département de la Seine un surcroît de dépense non imposée par la loi. Nul n'ignore qu'on arrive facilement à l'abus; on a vu séquestrer des enfants de deux ans et même de trois mois. Le législateur a-t-il jamais pu penser qu'on arriverait à de pareilles séquestrations au nom de la sécurité publique? En tous cas, le ministère de l'Intérieur et les Conseils généraux de presque tous les départements ne veulent pas admettre ces sortes de séquestrations. J'ajoute, messieurs, que la délibération humanitaire prise par le Conseil général dans sa séance du 9 mai 1881, relativement au maintien dans nos asiles et quartiers d'hospice des enfants originaires des autres départements, est considérée comme onéreuse par un certain nombre de membres des assemblées départementales, et à ce titre, combattue par eux (V. p, LXXIX).

M. Albert PÉTROT, membre du Conseil général, ne partage point l'opinion de M. Bailly au sujet de ces deux propositions. Nous avons demandé il est vrai au Conseil général que les enfants cessassent d'encombrer le bureau d'admission, mais non qu'ils n'y fussent plus admis. Le Conseil n'entend pas qu'on créée à l'Asile clinique, un service permanent d'enfants : mais il admet que ces enfants y passent pour être dirigés sur les quartiers spéciaux. J'estime donc qu'il est du devoir de la Commission d'examiner les propositions de M. le Dr. Bourneville. En tous cas, ce qui est indispensable, c'est qu'une solution ferme intervienne qui fixe exactement la ligne de conduite à suivre : car actuellement on ne sait ce qu'il y a lieu de faire en cas de placements d'enfants.

M. le Dr TAULE. — J'en appelle de l'opinion de M. Pétrot à son opinion d'hier, ainsi formulée dans son rapport de 1890 :

« Une autre plainte qui, depuis longtemps déjà, trouve place dans nos rapports, c'est l'encombrement du bureau d'admission dû en partie à la présence des enfants dans ce service... Il y a lieu de n'en avoir aucun en promiscuité avec les adultes dans le service de l'admission, et il faut qu'à cet effet, la répartition soit faite, en ce qui les concerne, dans un des services de Bicêtre ou de la Salpêtrière. Nous comptons, pour résoudre

définitivement ces difficultés, sur l'activité éclairée et la bonne volonté de l'honorable sous-directeur des affaires départementales, M. H. Le Roux, pour l'amélioration de nos services... » Et, plus loin (p. 15 du même rapport) : « Il ne doit pas y avoir d'enfants à l'admission. Nous proposons au Conseil un vote ferme dans ce sens... — C'est aux parents à les garder, en attendant qu'ils puissent être admis directement à la Salpêtrière, à Bicêtre ou à Vaucluse.»

M. LE ROUX. — M. Pétrot a bien posé la question concernant le placement volontaire des enfants au bureau d'admission. Il est essentiel en effet que ces enfants y soient momentanément reçus, mais sans y stationner. Il est à craindre toutefois, que dans quelque temps d'ici, alors que les quartiers spéciaux aux enfants seront au complet, M. le Dr *Taule* ne sache plus où diriger les placements volontaires, s'il est obligé de les recevoir quand même, et qu'il ne voie de nouveau le bureau d'admission encombré par les enfants. Il y a donc lieu d'examiner cette question avant de la trancher, soit dans un sens, soit dans l'autre.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Quand les quartiers d'enfants seront au complet, M. le Directeur de l'Asile clinique inscrira sur un registre les demandes de placement des enfants, et avisera, à tour de rôle, les familles, lorsque des vacances viendront à se produire.

M. LE ROUX. — C'est en effet, une procédure qui pourra être essayée. Mais M. le Dr Bourneville demande, en outre, que les enfants en traitement dans nos asiles et étrangers au département de la Seine ne soient pas transférés dans leur pays d'origine. Bien que ne payant dans nos établissements que le prix de journée de leurs asiles, les préfets n'en demandent pas moins le transfert dans leurs établissements des enfants dont ils ne supportent qu'en partie la charge. La raison en est bien simple.

Les préfets, en autorisant le maintien dans nos asiles, où ils n'exercent aucun contrôle, des enfants originaires de leurs départements, acceptent une charge illimitée. En prescrivant, au contraire, leur transfert, ils peuvent s'assurer de la nature de la maladie et mettre, s'il y a lieu, ces enfants en liberté. Permettez-moi, messieurs, de vous donner, à cette occasion, lecture de la lettre ci-après que M. le Ministre de l'Intérieur

a écrite à M. le Préfet au sujet d'un enfant maintenu dans nos asiles, malgré les réclamations du préfet intéressé.

MONSIEUR LE PRÉFET DE LA SEINE,

M. le préfet de l'Aveyron vient de m'informer que, d'après les renseignements que vous avez recueillis, la mère de la jeune C.., remariée avec un sieur B.., gagne 2 francs par jour et que celui-ci, palfrenier à la Compagnie des omnibus, gagne 5 francs. Sans doute, on ne saurait considérer ce ménage comme manquant de moyens d'existence ; mais en admettant même qu'il n'y ait pas d'autres enfants, ce que j'ignore, les deux gains réunis ne paraissent pas suffisants pour leur permettre de faire face aux frais de la jeune C.., à Paris.

A cette observation, j'en ajoute une seconde que suggère nécessairement le refus du directeur-médecin de l'asile public de Rodez de considérer comme aliénée la jeune C.., qui, au contraire, selon ce praticien, « n'est atteinte que de faiblesse intellectuelle et est susceptible jusqu'à un certain point de recevoir une éducation professionnelle ». Sur cet avis, le Préfet de l'Aveyron a prononcé sa sortie de l'Asile.

Or ce fait est un nouvel exemple de ce qui arrive trop fréquemment pour les enfants sequestrés d'office à Paris, comme atteints d'une affection mentale, et que se refusent à conserver dans les asiles spéciaux du département de leur domicile de secours les médecins à qui incombe le soin de se prononcer sur leur état et leur responsabilité de conclure en faveur du maintien en traitement.

Je crois devoir vous signaler la tendance abusive de certaines familles habitant Paris à se décharger sur l'Administration du soin de leurs enfants, sous le prétexte que l'état mental de celui-ci présenterait un danger pour la sécurité publique ou pour la leur propre, et j'appelle toute votre attentention sur la nécessité d'examiner de très près les demandes de séquestration d'enfants dont vous êtes saisis.

En dehors du principe de la liberté individuelle à respecter et de l'intérêt financier des départements du domicile de secours qu'il importe de ménager aussi, il y a une question d'humanité en jeu, puisque les enfants sequestrés d'abord à Paris, puis dirigés sur l'asile de leur département d'origine et refusés par celui-ci comme n'étant pas aliénés, se trouvent à un moment donné, ainsi qu'il arrive pour la jeune C.., à l'état d'abandon, très loin de leur famille, lorsque votre administration décline la charge des frais de retour que les parents ne peuvent ou ne veulent supporter.

Agréez, Monsieur le Préfet, etc.

Le Ministre l'Intérieur,
Signé : CONSTANS.

Vous voyez, messieurs, que loin de pouvoir donner suite au vœu formulé par M. BOURNEVILLE, nous sommes obligés de tenir compte des réclamations que soulève l'internement des enfants que les médecins aliénistes des départements se refusent à considérer comme des aliénés.

M. le PRÉSIDENT. — Il ne me paraît pas possible que nous puissions dans la présente séance, émettre un avis éclairé sur les deux questions posées. Mon avis serait donc que nous les renvoyions à une sous-commission d'étude. Nous pouvons

toutefois faire observer à M. le DIRECTEUR de l'Asile clinique que la Commission ne saurait admettre qu'aucun placement volontaire d'enfants ne soit plus effectué au bureau d'admission.

M. le Dr MAGNAN. — Depuis plus de vingt-deux ans que je suis médecin répartiteur au bureau d'admission, j'ai toujours reçu des enfants (1). Leur admission n'a jamais occasionné d'encombrement si ce n'est pendant l'année dernière et le commencement de cette année. Mais aujourd'hui que, grâce aux mesures prises par M. le *Directeur* des affaires départementales, les enfants sont aussitôt dirigés sur des quartiers spéciaux, le retour de cette situation, que j'ai moi-même qualifiée de déplorable, n'est plus à craindre. J'estime donc qu'on peut continuer à recevoir les placements d'enfants à titre volontaire.

M. le Dr TAULE. — Pour le cas où la Commission désirerait trancher la question dans sa présente séance, je prierais M. le Président de vouloir bien me donner la parole sur l'application de la loi du 30 juin 1838. Cette loi ne parle pas de la séquestration des enfants idiots ou arriérés, dont le plus grand nombre ne sont pas aliénés et peuvent être soignés par leurs parents.

M. le Dr MAGNAN. — Un enfant qui, sans motif, met le feu, vole, assassine ou cherche à se suicider, est un aliéné et doit être séquestré.

M. le PRÉSIDENT. — Il me semble impossible que nous puissions aujourd'hui, émettre un avis sur les deux questions de M. le Dr BOURNEVILLE. Je propose, en conséquence, à la Commission d'ajourner la suite de la discussion à la prochaine réunion.

Adopté.

---

(1) M. Magnan a tout-à fait raison. Ainsi, en 1872, il est entré 72 enfants à Bicêtre, 65 d'entre eux ont passé par l'asile Sainte-Anne, les 5 autres revenaient des asiles de province où ils avaient été transférés. (B.)

II.

Encombrement des Asiles de la Seine. — Les Séniles. — Répartition des malades dans les asiles. — Des transferts.

Diverses questions relatives à l'assistance des aliénés et par conséquent liées à la précédente, ayant été discuté dans la séance du 16 avril, nous allons également reproduire la discussion dont elles ont été l'objet.

M. Le Roux, sous-directeur des affaires départementales. — L'Administration se trouve, en ce qui concerne l'encombrement des asiles, dans une situation assez délicate. Les transferts de malades dans des asiles de province deviennent de plus en plus difficiles, non seulement à cause de la fréquence des visites rendues à nos aliénés par leurs familles, mais encore faute de places dans ces derniers établissements. Sur près de cinquante demandes de lits que j'ai adressées à des directeurs d'asiles avec lesquels nous avons des traités, je n'ai reçu qu'une dizaine de réponses favorables. Encore le nombre des lits mis par ces Directeurs à notre disposition est-il assez restreint. Dans ces conditions, nous sommes bien obligés de laisser se produire un certain encombrement; mais cet encombrement, et nous pensons que la commission partagera notre avis, nous préférons le laisser se produire dans nos asiles extérieurs, où l'air est pur et vivifiant, plutôt qu'à l'Asile clinique (Sainte-Anne) ou à la Salpêtrière.

M. Bailly. — Il est un point sur lequel il est de mon devoir d'appeler l'attention de la commission. On séquestre dans nos asiles comme aliénées des personnes atteintes de démence sénile, et dont la place est dans un hospice. Je propose à ce

sujet à la Commission d'émettre le vœu qu'il lui soit fourni le relevé des malades (H. et F.) séquestrés comme aliénés, âgés de plus de soixante-dix ans et atteints de démence sénile ou de paralysie partielle des membres.

M. le Dr MAGNAN. — Lorsqu'un malade atteint de démence sénile est placé au bureau d'admission et qu'il n'a pas de famille, je signale le cas à l'Administration préfectorale afin qu'elle avise.

M. le Dr BOURNEVILLE. — J'ai toujours pensé que la démence est une forme de l'aliénation mentale; c'est même l'un des termes employés dans la loi. S'il y a des vieillards non aliénés dans nos asiles, c'est en violation de la loi. Or, cette hypothèse n'est pas acceptable. Cette idée, qu'on exprime de temps en temps, est-elle exacte ? Nous en doutons. A Bicêtre, le nombre des vieillards passant de *Bicêtre-hospice* à *Bicêtre-asile* n'est que de quatre ou cinq par an; celui des vieillards passant de *Bicêtre-asile* à *Bicêtre-hospice* est, au contraire, de vingt à vingt-cinq. Il doit en être à peu près de même à la Salpêtrière. Mais l'encombrement ne provient pas seulement de la présence, dans nos asiles, d'un certain nombre de déments; il est également causé par l'impossibilité dans laquelle se trouve souvent le médecin de mettre en liberté des épileptiques bien que n'ayant pas eu d'accès depuis un certain temps, ou des imbéciles, parce qu'il sait que ces malades n'ont pas de familles, ou ont des familles trop pauvres pour leur venir en aide, et que, s'il les mettait en liberté, ils se feraient bientôt arrêter pour cause de vagabondage et de mendicité. Ajoutons encore que si, comme autrefois, les médecins des hôpitaux pouvaient envoyer les malades aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, les autres asiles n'auraient pas à se plaindre de l'encombrement par les déments des hôpitaux. Disons, enfin, que le service des épileptiques, dits non aliénés, renferme des épileptiques vraiment aliénés, qui, légitimement, devraient-être à la charge du Département.

A propos des renseignements donnés par M. *Le Roux* sur l'encombrement de nos asiles, je désire renouveler aujourd'hui deux observations que j'ai déjà faites plusieurs fois.

Il s'agit, en premier lieu, de la *répartition* des malades dans les asiles de la Seine. En attendant la création de nouveaux asiles à l'ouest et au nord de Paris, qui permettraient

d'établir des *circonscriptions* hospitalières, je pense qu'il conviendrait d'envoyer de préférence les malades du XIIIe arrondissement, des cantons de Villejuif et de Sceaux, soit à Bicêtre, soit à Villejuif, par exemple, et d'agir de même dans la mesure du possible pour les communes suburbaines, voisines de l'asile de Vaucluse et de Ville-Évrard. Il y aurait à l'application de cette mesure un sérieux avantage pour les familles dont les déplacements seraient moins coûteux et pour les malades auxquels on faciliterait la visite de leurs parents.

La seconde observation concerne les *transferts*. Dans le choix des malades qui doivent être transférés, on s'appuie toujours, je pense, suivant l'invitation du Conseil général, sur le nombre des visites. A cet égard, il conviendrait que les visites fussent régulièrement enregistrées. Le père d'une malade d'un de nos asiles, nommée *Mar...*, m'a écrit : « On m'accuse de n'avoir fait aucune visite à notre malade ; je puis affirmer que nous l'avons visitée au moins une vingtaine de fois. » Nous l'avons engagé à faire vérifier l'exactitude de ses dires par le *Directeur*. Sa réclamation était fondée. Sa fille a été maintenue. J'appelle l'attention de la Commission et de l'Administration sur la nécessité d'un enregistrement exact des visites.

M. Le Roux. — L'Administration connaît les faits signalés par M. le Dr *Bourneville*. Elle a même déjà pris des mesures en vue de les atténuer. Des instructions ont été données pour que les aliénés nouvellement séquestrés soient, autant que possible, envoyés dans des asiles à proximité du domicile de leurs familles (1). Une autre circulaire, invitant les Directeurs à consigner exactement, sur un registre, les visites reçues par nos malades et à faire apposer sur la permission du visiteur un timbre enregistreur mentionnant la date de chaque visite, est en préparation au service des aliénés. Cependant, et malgré toutes les précautions prises, l'Administration préfectorale se trouve dans la nécessité, vu le nombre de plus en plus grand des malades visités, d'en transférer quelques-uns ayant reçu jusqu'à douze visites dans une année. Cela est profondément regrettable. Quant au maintien des déments séniles dans nos asiles, signalé par M. *Bailly*, l'Administration a tout récemment appelé l'attention des directeurs et des médecins sur

(1) Il aurait mieux valu répondre avec le texte même de ces instructions.

cette situation. J'ajouterai, en réponse à l'observation de M. le Dr *Magnan*, que les malades signalés dans les certificats médicaux, comme devant être placés dans un hospice, sont des internés par voie de placements d'office. C'est, par suite, à la Préfecture de Police qu'il conviendrait de signaler le caractère irrégulier de l'internement de ces malades dans les asiles d'aliénés.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Je demanderai aussi à la Commission et à l'Administration, puisque l'insuffisance de nos asiles nous contraint de recourir toujours à la pratique barbare des transferts, s'il ne serait pas possible de transférer les malades dans les asiles de leur département d'origine, là où ils ont ou peuvent encore avoir des membres de leur famille en mesure de les venir visiter et leur apporter secours et affection. Mon attention a été appelée de nouveau sur ce point par une lettre de mon collègue des hôpitaux, M. *Dumontpallier,* me demandant d'intervenir en faveur d'un aliéné du nom de *Cop*... interné à Bicêtre. Il était désigné pour être dirigé le 9 avril sur l'asile de Montauban. Or il est né à Isigny (Calvados), où il a encore sa mère. Ne serait-il pas plus humain de le transférer dans un des asiles de la Manche ou du Calvados avec lesquels le département de la Seine a des traités?

M. LE ROUX. — Ainsi que j'ai eu l'honneur de le faire remarquer lorsque j'ai parlé de l'encombrement de nos asiles, les places dont nous pouvons disposer dans des établissements de province se font de plus en plus rares et, d'autre part, le choix des malades à transférer est des plus limités. J'ai d'ailleurs recommandé que l'on tint compte, autant que possible, du lieu d'origine des malades, et je puis assurer la Commission que l'Administration, justement préoccupée du côté douloureux de ces transfèrements, s'efforce de prendre toutes les mesures capables d'en adoucir les effets.

M. le Dr BRIAND. — En présence des dispositions humanitaires de M. le *Directeur* des affaires départementales, je le prierai d'autoriser les médecins à rayer, même au dernier moment, des listes de transferts, ceux d'entre les malades désignés pour partir, dont le chagrin de quitter les asiles de la Seine serait trop grand et pourrait définitivement compromettre leur guérison.

M. LE ROUX. — Lorsque l'intérêt médical des malades est en jeu, les médecins peuvent faire surseoir à leur départ. Cependant il ne peut leur appartenir d'entraver des transfèrements déjà très difficiles à organiser, par des considérations autres que des considérations purement médicales.

M. le PRÉSIDENT. — La Commission prend acte des dispositions bienveillantes de M. le Directeur des affaires départementales à l'égard des malades que les nécessités obligent à transférer dans des asiles de province. Mais la qualification de *barbare*, appliquée par M. le Dr *Bourneville* à cette mesure, me paraît excessive; j'avoue toutefois que je trouve *regrettable*, *déplorable* même, la nécessité dans laquelle nous nous trouvons dans la Seine, de transférer nos aliénés loin de leurs familles; mais en attendant que de nouveaux établissements soient construits, il vaut encore mieux les envoyer dans des asiles de province, où ils sont placés dans de bonnes conditions hygiéniques, que d'encombrer nos établissements, de manière à y faire naître des épidémies.

M. le Dr BOURNEVILLE. — A l'appui de ce que j'ai dit au sujet des transferts, je me contenterai d'une citation extraite de l'ouvrage de M. le Dr *Falret*, père, médecin de la Salpêtrière, intitulé : *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Regrettant que l'article 1er de la loi du 30 juin 1838 ait permis aux départements de traiter avec un asile d'un autre département M. le Dr *Falret* fait les réflexions suivantes :

« Au lieu d'être traités comme les autres malades dans des asiles élevés dans leurs départements respectifs, à portée des influences locales, des relations, souvent utiles pour leur traitement, toujours nécessaires pour l'activité de l'esprit de famille, ces aliénés pauvres peuvent être et sont, en effet, envoyés au loin et confiés aux soins intéressés d'une administration étrangère, publique ou privée.

« Ainsi, ils sont hors du droit commun ; ils sont dans une position exceptionnelle et cette exception, unique dans le code de la charité publique, est un grand mal, source de beaucoup d'autres maux. Loin de réagir favorablement sur les mœurs publiques, cette disposition législative tend à perpétuer les préjugés qui règnent sur les maladies mentales ; elle dispense l'administration de l'accomplissement d'un devoir ; elle la force à donner le funeste exemple d'abandonner à d'autres un soin qui la regarde exclusivement; elle l'entraîne à un abus de

pouvoir, en lui faisant stipuler, pour des familles pauvres, la nécessité d'une émigration lointaine de leurs membres aliénés, alors que la science ne prescrit pour eux que le changement des habitudes, des lieux et des personnes.

« La satisfaction d'un intérêt particulier est substitué à l'économie de la bienfaisance publique, les sacrifices pécuniaires que l'administration impose à un département pour faire soigner ses aliénés, profitent à un autre département et ont ainsi détournés en partie de leur destination spéciale. Cette anomaile est encore plus grande lorsqu'un département traite avec les chefs d'établissments privés, car il est de toute évidence et de toute justice qu'ils doivent lever un tribut sur des aliénés indigents.

« Par suite de la même disposition législative, l'esprit de famille perd tous ses droits ; les sentiments les plus naturels et les plus précieux pour l'homme et pour la société sont abdiqués devant les difficultés d'un long voyage. D'un côté, on aggrave la peine déjà si grande des bons parents, et de l'autre, on offre une prime aux mauvais parents, qui, selon une expérience malheureusement trop générale, ne demandent pas mieux que de trouver une excuse pour laisser leurs malades loin d'eux, oubliés dans la foule des aliénés d'un hospice. Ainsi, un pareil état de chose est une atteinte grave portée à la morale publique et au sentiment de famille. »

Cette citation me parait justifier la qualification que j'ai appliquée aux transferts.

III.

Placements volontaires d'enfants à l'Asile clinique (Sainte-Anne). — Ajournement de l'avis de la Commission.

La discussion de nos propositions a été reprise dans la séance du 30 avril 1891 de la Commission de surveillance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les observations présentées par M. le Dr BOURNEVILLE *relativement aux placements volontaires d'enfants à l'Asile clinique (Sainte-Anne).*

M. BOURNEVILLE. — Dans la discussion qui a suivi ma proposition, à la séance du 12 mars dernier, M. le Directeur de l'asile clinique et notre collègue M. Bailly ont présenté des observations qui visaient, non pas ma proposition, mais l'encombrement du bureau d'admission. Or, comme ils auraient dû s'en souvenir, bien avant eux, j'ai insisté sur les mesures à prendre pour éviter cet encombrement. Le placement des enfants, ainsi que je l'ai dit dans une interruption, peut être fait sans déterminer le moindre encombrement au bureau d'admission. Quant à présent, cet encombrement n'est pas à craindre, puisqu'il y a environ 20 lits vacants à Bicêtre et 18 à la fondation Vallée, sans compter ceux qui peuvent exister à la Salpêtrière, à la colonie de Vaucluse et à Villejuif. Lorsque les quartiers d'enfants seront au complet, s'il se présente des enfants au bureau d'admission, à titre de placement volontaire, M. le Directeur de l'Asile clinique inscrirait les demandes et aviserait à tour de rôle les familles, au fur et à mesure des vacances qui se produiraient. Avec ce procédé très simple, je

le répète, on donnerait satisfaction aux familles sans encombrer le bureau d'admission.

M. Bailly, se plaçant au point de vue légal, a dit que la question du placement des enfants n'avait pas été prévue par la loi du 30 juin 1838. « J'ignore, a-t-il ajouté, si elle a été reprise et élucidée dans le projet de la loi voté, il y a quelque temps par le Sénat, actuellement en élaboration à la chambre des Députés. » Sa conclusion aboutissait au rejet de mes deux propositions.

La pratique a, en partie, comblé cette lacune relevée par M. Bailly : d'abord, les enfants dont il s'agit sont atteints de désordres intellectuels qui les ont toujours fait ranger, et les font ranger encore, parmi les aliénés.

« Les asiles d'aliénés, a écrit Parchappe, doivent être fondés pour recevoir tous les aliénés, c'est-à-dire les *idiots*, les fous et les imbéciles... L'utilité d'isoler les épileptiques dans leur propre intérêt et dans l'intérêt de la société ne saurait être contestée (1).»

Ferrus et Félix Voisin avaient déjà depuis longtemps exprimé la même opinion. « Ferrus, lorsqu'il était à la tête du service des aliénés en France, écrit M. Jules Falret, a prouvé que beaucoup d'idiots pouvaient devenir aussi dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, que les aliénés, et les a fait ainsi participer, dans une assez forte proportion, aux bienfaits de la loi de 1838 et de la charité publique, alors qu'on voulait systématiquement les en exclure (2). »

Rien ne serait plus facile que de multiplier ces citations.

L'opinion de Ferrus, l'un des promoteurs de la loi du 30 juin 1838, a été surtout bien accueillie dans le département de la Seine. C'est grâce à son intervention auprès du Conseil général des hospices civils de Paris qu'est due la première tentative en faveur de l'hospitalisation des enfants idiots à Bicêtre et à la Salpêtrière. (3)

C'est parce qu'ils étaient animés des sentiments qui avaient guidé Ferrus, F. Voisin, Falret, père, Parchappe, Delasiauve, etc., que le Conseil municipal et le Conseil général, au moins jusque dans ces derniers temps, ont voulu organiser d'une manière complète, l'assistance des enfants idiots, aliénés et

(1) Parchappe. — *Fondation et construction des asiles d'aliénés*, p. 6, 12, 31.

(2) Falret (J.). —

(3) Voir Bourneville. — *Recueil de mémoires, notes d'observations sur l'idiotie*, t. I, 1891.

épileptiques. Ils savaient que cette réforme serait onéreuse pour le département. Plaçant les intérêts de l'humanité au-dessus de l'intérêt des finances, ils n'ont pas hésité, et aujourd'hui, un certain nombre de départements se disposent à suivre le généreux exemple donné par le département de la Seine ; il paraît que quelques-uns regrettent ce qui a été fait et ont une tendance à revenir en arrière.

C'est précisément en nous appuyant sur l'œuvre du Conseil général de la Seine que nous avons été assez heureux pour faire inscrire dans le nouveau projet de loi sur les aliénés, l'obligation de l'assistance pour les enfants idiots aliénés et épileptiques. Cette obligation a été aussi acceptée par la 4e section du Conseil superieur de l'Assistance publique, par M. J. Reinach, dans le projet de loi qu'il a déposé à la Chambre des députés, et enfin, par le Congrès de médecine mentale qui s'est tenu à Rouen au mois d'août dernier.

M. Bailly prétend qu' « on a vu séquestrer des enfants de deux ans et même de trois mois ». Avec Séguin, nous pensons que l'admission de cette catégorie d'enfants est d'autant plus avantageuse qu'elle a lieu plus tôt. Dans ces conditions, on peut obtenir des améliorations surprenantes. C'est pourquoi nous avons réclamé leur admission dès l'âge de deux ans. Nous avons demandé une seule fois, sur les instances d'un conseiller général, M. Lévèque, l'admission d'un enfant hydrocéphale, âgé de moins de deux ans. Mais nous n'avons pas profité de cette faveur, la mère de l'enfant ayant préféré temporiser (1). Quant à des admissions de trois mois, nous attendons que M. Bailly veuille bien nous en fournir des exemples. Nous rappellerons que la Commission de surveillance, à propos de la colonie de Vaucluse, avait pensé qu'il fallait admettre les enfants à partir de trois ans.

Nous croyons inutile de répondre à quelques autres observations de détails, ayant des arguments plus sérieux à faire valoir auprès de la Commission.

Des faits regrettables se sont produits peu après la séance du 16 mars, dans laquelle nous n'avons pas cherché à surprendre un vote de la Commission, comme on l'a prétendu, mais simplement demandé qu'on en revienne aux mesures votées

(1) Nous avons soigné cette enfant, nommée Escof.... à notre consultation externe de Bicêtre ; elle est âgée de

par le Conseil général, acceptées par la Commission de surveillance et appliquées durant des années par l'Administration. Voici l'exposé de ces faits :

La *fondation Vallée* a reçu le 18 mars une enfant de six ans, *Bult.... (Marguerite)*, née à Paris, dont les parents habitent rue Chéroy, n° 6.

En vertu de la mesure contre laquelle j'ai protesté, et qui fait l'objet de cette discussion, elle a dû être conduite à la Préfecture de Police d'où elle a été dirigée le même jour sur l'Asile clinique où elle n'a séjourné que vingt-quatre heures. Le 21 mars, on constate des fausses membranes dans la gorge de cette enfant. Le lendemain, les accidents s'aggravent et nécessitent le 23 la trachéotomie. *Bult....* succombe dans la journée.

Le 22 mars, l'enfant L.... (*Marie*), six ans, présente des fausses membranes de la gorge. Opérée le 23, elle meurt le 25.

Le 23, deux autres fillettes, S.... (*Marguerite*), cinq ans, et *Pi....* (*Jeanne*), sont atteintes ; elles ont guéri l'une sans complications, l'autre après avoir offert un adéno-phlegmon suppuré du cou.

Le 25, surviennent deux nouveaux cas, concernant *Court..* (*Suzanne*) et *Veis....* (*Jeanne*), toutes deux âgées de treize ans. La dernière est tout à fait remise ; l'autre est atteinte d'albuminurie et de paralysie diphtéritique, aujourd'hui en voie d'amélioration.

En résumé, 6 cas, dont 5 graves, 2 décès.

Nul doute que cette petite épidémie n'ait eu pour point de départ l'enfant *Bult....* Où avait-elle contracté la diphtérie ? En premier lieu, nous avons cherché à nous renseigner sur l'état sanitaire de la maison qu'elle habitait rue Chéroy, n°... et du voisinage. Les parents, interrogés, ont affirmé qu'ils ne connaissaient aucun cas de diphtérie, tant dans leur maison que dans leurs relations, ce qu'ils ont confirmé après nouvelles recherches, deux jours plus tard. Nous ne nous sommes pas contenté de ces renseignements, bien que donnés par des personnes intelligentes. Nous avons prié notre ami, M. le Dr Bertillon de faire des recherches sur ce point particulier. De sa lettre en date du 25 avril, il résulte qu'il n'y a pas eu, en mars et avril, de décès par diphtérie dans la rue Chéroy, qu'il n'y a eu, rue Beudant, n° 5 (à côté de la rue Chéroy), un décès par diphtérie, le 13 avril, celui d'un garçon de onze ans et demi, fréquentant une école libre ; qu'un autre était survenu la veille, rue de la Condamine, sur un petit garçon de

six ans et demi, fréquentant l'école de la rue de la Bienfaisance. M. Bertillon n'a pu nous renseigner que sur les décès, mais ses renseignements, joints à ceux de la famille *Bult..*, constituent une forte présomption en faveur de l'absence de la diphtérie dans la rue Chéroy ; les décès qui sont survenus dans le voisinage sont postérieurs au départ de notre malade.

N'ayant rien trouvé du côté de l'habitation de l'enfant, nous avons prié M. le Directeur de Bicêtre de demander à M. le Directeur de l'Asile clinique s'il y avait des cas de diphtérie, soit à l'asile même, soit au bureau d'admission. Il a répondu négativement.

Depuis son ouverture, le 31 mars 1890, jusqu'à l'arrivée de la jeune *Bult...*, nous n'avions observé aucun cas de diphtérie à la fondation Vallée et il n'y en avait pas non plus ni dans notre section, voisine de la fondation, ni dans l'hospice, administrés, employés et familles.

Enfin l'état des décès de la commune de Gentilly, dont font partie la fondation Vallée et l'hospice de Bicêtre ne comprend, pour le mois de mars, en ce qui concerne la diphtérie, que les deux décès fournis par la fondation.

Ne trouvant l'origine de cette petite épidémie de diphtérie, ni au domicile de l'enfant, ni à l'Asile clinique, ni dans la commune de Gentilly, ni à la fondation elle-même, nous avons pensé qu'elle pouvait-être due au passage de l'enfant au Dépôt de la Préfecture de police.

Nous nous y sommes rendu et nous avons appris que la voiture qui sert au transport des aliénés à l'Asile clinique était désinfectée toutes les semaines en été, mais qu'elle n'avait pas été désinfectée depuis le mois de novembre. Or, cette voiture fait non seulement le service de l'asile clinique, mais sert encore aux enfants que l'on conduit à l'hospice des Enfants assistés. Il est donc probable que c'est là que l'enfant Bult.... a contracté la diphtérie.

Le temps qui s'est écoulé depuis le passage de cette enfant au Dépôt (17 mars) jusqu'à l'apparition des fausses membranes (21 mars) est exactement le même, c'est-à-dire cinq jours, que celui qui s'est écoulé pour la seconde enfant, L... (*Marie*), prise le 22 mars, soit cinq jours après l'entrée de l'enfant *Bult*.

Ce n'est pas seulement pour la diphtérie que le Dépôt et le mode de transport usité offrent des inconvénients. Le danger est le même pour toutes les autres maladies contagieuses.

Quelques jours plus tard, le 23 mars, un petit garçon, *Prim*, nous est arrivé, atteint de *coqueluche* après avoir passé par la Préfecture de police et avoir été transporté par la même

voiture non désinfectée. Le 15 mars, est entré un petit garçon nommé Dav..., atteint de la *teigne*. Lui aussi avait passé par le Dépôt.

La propagation des maladies contagieuses n'est pas l'unique inconvénient du retour aux anciennes et détestables pratiques auxquelles le Conseil général a voulu mettre un terme : il en est d'autres qu'il convient de vous signaler. Les enfants sont transportés dans la même voiture que les adultes, assis au fond sur une banquette, tandis que les adultes sont enfermés de chaque côté dans des espèces de cellules, ou mieux, de boîtes, les enfants sont témoins de scènes déplorables, voient les luttes parfois nécessaires pour la mise en voiture des adultes, sont effrayés par ces luttes, par les gestes, les menaces, les cris de fureur des aliénés, entendent les propos les plus extravagants et les plus obscènes.

Enfin, il est un autre inconvénient que nous ne pouvons passer sous silence. Lorsque les enfants arrivent au Dépôt après le départ de la voiture pour l'Asile cliniqne, ils couchent au Dépôt. Au lieu de les faire coucher dans des cellules séparées, il arrive qu'on les fait coucher dans le même local, sans gardien.

C'est ainsi que l'enfant Mer....., âgé de dix-sept ans, et l'enfant P....., âgé de treize ans, admis le 21 mars, ont passé la nuit dans la même cellule au Dépot de la Préfecture. Ces raisons, jointes à celles que nous avons données dans la séance du 12 mars, nous paraissent plaider fortement en faveur du vœu que nous vous prions d'émettre, à savoir :

Que toutes lesfacilités possibles soient données de nouveau aux familles pour les placements volontaires d'enfants.

M. BAILLY. — Il semble résulter de ce que vient de dire M. le Dr Bourneville qu'en combattant sa proposition, dans la séance du 12 mars dernier, j'étais d'accord avec M. le Dr Taule. Je n'ai connu cette proposition qui ne figurait pas à l'ordre du jour que lorsqu'elle nous a été faite par son auteur. Si j'ai demandé qu'elle fut repoussée ou tout au moins ajournée, c'est parce que je savais que le bureau d'admission de l'Asile clinique n'est nullement organisé pour le traitement des enfants, et que lorsqu'ils y sont reçus ils s'y trouvent en promiscuité avec les adultes, sans m'attacher à rechercher si des enfants au-dessous de deux ans sont peut-être placés dans nos asiles ou quartiers d'hospices, je ne peux aujourd'hui traiter la question qu'au point de vue général. Avons-nous qualité, nous simple Commission de surveillance des asiles d'aliénés, en l'absence

de toutes dispositions législatives ou administratives, pour demander, avec M. le Dr *Bourneville*, « que toutes facilités possibles soient données de nouveau aux familles pour les placements volontaires d'enfants. » ? Je continue à penser que non. Notre devoir est de veiller à ce que les malades séquestrés dans nos asiles reçoivent tout le bien être possible, au point de vue matériel normal, mais non de prendre la place de législateur et d'inviter l'administration à décider que les enfants faibles d'esprit ou épileptiques soient considérés comme des aliénés dangereux, séquestrés et entretenus aux frais des budgets départemantaux. Est-ce à dire que je veuille que ces malheureux restent sans assistance? Loin de moi cette pensée. Je demande au contraire que nous émettions le vœu que des dispositions législatives soient votées par les pouvoirs publics, en vue de leur venir en aide; que les crédits soient votés par les pouvoirs publics, en vue de leur assistance; mais jusqu'à ce que ces dispositions législatives soient prises, j'estime que la question dont il s'agit n'est pas de la compétence de la Commission.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit sur l'état de la question de l'assistance des enfants idiots et épileptiques. Contrairement à la conclusion de M. Bailly, j'estime qu'il appartient à la Commission de se préoccuper du mode de placement. J'ai signalé quels sont les inconvénients que présente le placement d'office des enfants, leur passage et leur séjour à l'infirmerie du Dépôt près la Préfecture de police. Ces inconvénients seraient évités si les enfants pouvaient être admis directement au bureau d'admission de l'Asile clinique et envoyés, dans les vingt-quatre heures, dans un de leurs quartiers spéciaux. De la sorte, on éviterait l'encombrement et il n'y aurait pas de promiscuité entre les enfants et les adultes.

M. LE ROUX. — J'ai écouté avec la plus vive attention les nouvelles observations présentées par M. le Dr Bourneville à l'appui de sa proposition, mais je ne vois pas à quelle solution pratique il veut aboutir. L'Administration préfectorale n'a rien changé au mode de placement des enfants. Les diverses délibérations prises à ce sujet par le Conseil général de la Seine ont été et continueront à être exécutées. Les placements seront reçus comme par le passé au bureau d'admission de l'Asile clinique. Un prospectus mentionnant les pièces à produire par les familles à l'appui de chaque demande de place-

ment leur sera même remis. Nous n'avons donc, je le répète rien changé à l'ancien état de choses, si ce n'est de mettre fin à l'encombrement du bureau d'admission, mesure que M. le Dr Bourneville a si souvent réclamée lui-même. Mais M. le Dr Bourneville vous a, en outre, parlé des inconvénients résultant de la translation de ces enfants dans des voitures cellulaires non désinfectées et des germes d'épidémie qu'ils peuvent ainsi introduire dans nos asiles. Je suis persuadé que si cet état de choses avait été signalé par lui à M. le Préfet de police, il y a longtemps que satisfaction lui aurait été donnée. J'ajoute, messieurs, que je vais m'occuper immédiatement de cette question, et j'ai la ferme certitude que les voitures servant au transport de nos aliénés seront à l'avenir plus souvent désinfectées et que de semblables négligences ne se renouvelleront plus.

M. le Dr BOURNEVILLE. — M. Le Roux vient de nous dire que les placements volontaires d'enfants se font comme par le passé à l'Asile clinique. Le relevé des placements d'enfants que je me suis procuré, prouve le contraire.

Pendant le mois de mars 1891, il y a eu :

Placements d'office, 10 ; — placement volontaire, 0.

Pendant le mois d'avril :

Placements d'office, 15 ; — placement volontaire, 1.

Ce ne sont cependant pas les demandes de placements qui ont manqué, puisque j'en ai recommandé moi-même quelques-unes, auxquelles d'ailleurs il n'a pas été fait droit.

M. LE ROUX. — Ce sont les places qui nous ont manqué.

M. le Dr BOURNEVILLE. — On trouve bien des places lorsqu'il s'agit de placements volontaires payants, ou de placements fortement recommandés. Ce que je désire obtenir, c'est que les enfants appartenant à des familles pauvres puissent, comme ceux appartenant à des familles riches, éviter le passage par l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police, où ils sont exposés durant leur séjour et leur translation à une infection matérielle et morale ; c'est qu'on évite à ces familles pauvres des démarches aussi nombreuses qu'inutiles, et qu'on admette directement, à titre de placements volontaires, des enfants qu'on envoie aujourd'hui à la Préfecture de police en vue de leur séquestration d'office. Je ne suis pas seul à réclamer la réapplication de cette mesure. Beaucoup de conseillers généraux, de conseillers municipaux, de médecins,

etc, la réclament avec moi. — Nous n'avons pas de places, dites-vous; mais il y en a une vingtaine à Bicêtre et autant à la Fondation Vallée. Supposons que, un jour, il n'y ait plus de lits vacants. Ce jour-là, faites établir un registre à l'Asile clinique où l'on inscrira les demandes de placement d'enfants. Lorsque des vacances se produiront dans un service quelconque d'enfants, le Directeur en préviendra les postulants, en suivant l'ordre d'inscription. Vous donnerez ainsi satisfaction aux familles, et vous éviterez l'encombrement.

M. le Dr TAULE. — Je crois avoir suffisamment démontré par la citation textuelle de plusieurs délibérations du Conseil général, parmi lesquelles il en est une et non la moins radicale qui a été prise sur le rapport de M. le Dr Bourneville lui-même, que le Conseil a toujours protesté non seulement contre le séjour, mais même contre l'admission des enfants idiots et arriérés et des épileptiques simples au bureau d'admission de Sainte-Anne, demandant avec moi qu'ils soient admis directement dans les services spéciaux, afin d'éviter la promiscuité et l'encombrement. Je ne reviendrai pas sur ce point de la question, chacun de vous ayant pu en prendre connaissance dans le procès-verbal de la séance du 1er mars qui vient d'être distribué.

Mais M. Bourneville insistant de nouveau pour que toutes facilités soient accordées aux familles pour le placement à titre volontaire des enfants à Sainte-Anne, je me vois encore, à mon grand regret, obligé de combattre ses conclusions. Ainsi que je vous le disais dans la dernière séance, *j'ai pris sur moi de refuser ces placements,* persuadé que si je leur rouvrais la porte nous serions de nouveau et très rapidement encombrés, les familles s'empressant toujours de répondre à l'appel qu'on leur fait. Or, messieurs, pour édifier la Commission sur la situation du bureau d'admission sous le régime des placements volontaires, je vous demande la permission de reproduire ici un passage de la lettre que j'écrivais à ce sujet à l'Administration, le 31 août dernier :

« Dans le service des hommes, contenant seulement 56 lits montés, il y a actuellement 96 malades, dont 39 garçons de trois à seize ans. » M. le Dr Bourneville répondant tout à l'heure à M. Bailly, qui mettait en doute, non sans raison, l'état d'aliénation des enfants de deux ans placés volontairement à Sainte-Anne, vous disait qu'il n'en entrait pas d'aussi jeunes. Mais, messieurs, c'est là une erreur, Il en entrait beaucoup au contraire, et je pourrai le prouver quand on vou-

dra par le relevé de nos registres d'entrées. — Je reprends ma citation : Il est impossible de s'imaginer, disais-je, la déplorable situation physique et morale de ces enfants, par suite de leur promiscuité avec les adultes et de l'encombrement à peu près permanent du service. La place faisant absolument défaut pour les isoler tous, les plus âgés séjournent jour et nuit avec les aliénés adultes. Les autres, au nombre de 10 environ, dont l'isolement n'est d'ailleurs que relatif (le même corridor desservant tout le service), sont confinés jour et nuit dans trois petites pièces du rez-de-chaussée servant normalement de salles de réunion aux aliénés adultes. Ces trois pièces, d'égale dimmension, ont ensemble une capacité totale de 282 mètres cubes, soit 9 mètres cubes d'air environ pour chaque enfant ; air confiné et constamment vicié par la bave des idiots et les déjections des gâteux.

« Deux cours, de dimensions également très restreintes, l'une de 16 mètres sur 6, l'autre de 18 mètres sur 12, servent aux jeux des eufants quand le temps est favorable. S'il pleut ou s'il fait froid, ils restent forcément enfermés dans leurs salles, qui chaque soir sont transformées en dortoirs. Aussitôt après le dîner, on étale des matelas sur le plancher, en les rapprochant plus ou moins, selon le degré d'encombrement, et on les garnit pour le coucher. A côté de chaque lit de camp est placé le vase indispensable. Le matin venu, les plus âgés et les plus valides se lèvent tant bien que mal, faute de lavabos, et achèvent de s'habiller dans les corridors ou dans la cour, selon le temps qu'il fait. Les infirmiers profitent de ce moment pour remporter la literie dans les combles, puis ils procèdent sommairement à la toilette des idiots et des gâteux. Les salles sont nettoyées à la hâte, et l'on sert le déjeuner. Puis on nettoie les cours, pour que tout soit à peu près propre au moment de la visite du médecin. Mais les mauvaises odeurs (vous avez pu vous en rendre compte vous-même) persistent inévitablement dans ces logis imprégnés de miasmes délétères. Pas n'est besoin d'ajouter qu'au bureau d'admission les enfants sont privés de culture intellectuelle et professionelle, le service en question ne comportant, par son objet même, aucune organisation de ce genre. »

Cette situation a disparu depuis plusieurs mois je m'empresse de le reconnaître, grâce à l'énergique intervention de M. le Directeur des affaires départementales, qui a bien voulu faire cesser l'encombrement du bureau d'admission en exigeant que le nombre des malades n'y dépassât plus désormais le contingent normal ; et les conséquences de la promiscuité ont

été atténuées par l'évacuation presque immédiate des enfants dans les services spéciaux de Bicêtre et de la fondation Vallée. Mais vous savez, messieurs, à quel prix ces résultats ont été obtenus. On n'a pu désencombrer le bureau d'admission qu'en encombrant les autres services, et diminuer le séjour des enfants, que grâce à l'ouverture récente de la Fondation Vallée et de nouveaux pavillons à Bicêtre. Mais ces ressources, au moins en ce qui concerne les enfants, ne tarderont pas à faire défaut, puisque la colonie de Vaucluse est encombrée, la Salpêtrière au complet, et qu'il ne reste plus actuellement que 15 places de garçons à Bicêtre et 27 places de petites filles à la Fondation Vallée. De sorte, que sous peu de jours, il n'y aura même plus de place pour les enfants placés d'office, qui encombreront de nouveau forcément le bureau d'admission. Et l'on veut que j'ajoute à cette cause d'encombrement et de promiscuité déjà plus que suffisante, les placements volontaires! Je n'ai qu'à me soumettre à vos décisions et aux ordres de l'Administration. Mais je n'ai pas cru pouvoir m'empêcher de vous rappeler le danger de la présence des enfants au bureau d'admission, la prolongation de leur séjour devant, selon moi, se reproduire inévitablement dans un délai très rapproché, et cela malgré le correctif proposé par M. le Dr Bourneville, parce que nous serons envahis par les placements d'office, qu'il ne nous est pas permis de refuser.

C'est pourquoi, je le répète, malgré mon vif regret de me trouver sur ce point en désaccord avec M. le Dr Bourneville, je crois devoir persister dans mes conclusions et supplier la Commission de me laisser bénéficier des décisions réitérées du Conseil général et du silence de la loi de 1838 relativement aux enfants, en ne m'obligeant pas à les recevoir à titre de placements volontaires. Ce silence doit évidemment être interprété en ma faveur. Car il est bien certain que le législateur de 1838, s'il n'a point parlé de la promiscuité, l'a au moins interdite par prétérition, ne soupçonnant pas qu'elle pourrait jamais être mise en pratique. Du reste, messieurs, M. Bailly a placé la question sur son véritable terrain en vous proposant de me laisser la liberté, dont j'ai usé jusqu'à présent sous ma responsabilité, et d'ajourner votre décision après le vote de la nouvelle loi sur les aliénés actuellement en préparation. Je n'en demande pas davantage.

Si vous le permettez, messieurs, j'ajouterai encore un mot. On m'a fait dire à tort qu'il n'y avait pas d'enfants aliénés. Je n'ai jamais dit cela. J'ai seulement affirmé et je crois pouvoir,

le maintenir que les enfants idiots et arriérés ne sont pas aliénés. Car, comme l'a dit spirituellement un aliéniste distingué, on ne peut aliéner ce qu'on n'a pas. Les idiots et les imbéciles, d'après Esquirol lui-même, ne sont pas de vrais aliénés, mais des infirmes de l'intelligence, congénitalement frappés de cécité ou de débilité mentale ; tandis que l'intelligence des aliénés, autrefois plus ou moins vive et ouverte, s'est altérée ou perdue progressivement et parfois même subitement par suite de circonstances exceptionnelles. De même que quelques autres dégénérés, que l'on classe aujourd'hui à tort parmi les aliénés, les enfants idiots et arriérés et les épileptiques simples, doivent être traités dans les hospices ou dans les maisons de réforme, comme Bicêtre et la Salpêtrière, mais non dans nos asiles. Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, je m'incline devant la haute compétence de M. le Dr Bourneville et je suis loin de contester l'exactitude de ses citations. Mais les citations se contredisent parfois, comme vous allez le voir. Voici précisément à propos de l'opinion de Ferrus et de Parchappe, que citait tout à l'heure M. Bourneville, un passage du rapport de M. le sénateur Théophile Roussel sur la révision de la loi de 1838, que je cite à mon tour textuellement : « Parchappe et Ferrus dit M. le Dr Roussel, s'élèvent constamment dans leurs rapports d'inspection sur l'internement, dans les asiles, d'idiots et d'imbéciles qui y tiennent la place des véritables aliénés. »

Les imbéciles, les idiots et les épileptiques étaient, d'ailleurs, autrefois traités dans les hospices. Mais, grâce à la confusion établie par les médecins, l'Administration de l'Assistance publique s'en est à peu près débarrassée, à Paris, pour les imposer au budget départemental. Il est temps de réagir contre cette pratique dans l'intérêt de l'Administration, dans l'intérêt des familles et des enfants eux-mêmes, qui ont tout à gagner à être placés directement dans les services spéciaux. Car, indépendamment du bien-être dont ils sont privés et des dangers qu'ils peuvent courir en passant par le bureau d'admission, ils sont par cela seuls estampillés comme aliénés, tare indélébile aux yeux du monde, qui peut plus tard leur porter le plus grave préjudice et qu'ils eussent évitée par l'hospitalisation directe à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

M. le Dr BOURNEVILLE. — De ce que vient de nous dire M. le Dr Taule, il résulte que depuis deux mois, il refuse tout placement volontaire ; je prie en conséquence la Commission de vouloir bien adopter ma proposition tendant à ce que tou-

tes les facilités *soient de nouveau données aux familles pour les placements volontaires d'enfants.*

M. le ROUX. — Permettez-moi, messieurs, de vous faire de nouveau observer que rien n'a été changé, en ce qui concerne les placements volontaires d'enfants. Ces placements se sont faits et se feront chaque fois que nous aurons de la place. L'Administration fera même installer à l'Asile clinique un registre d'inscription des demandes qui lui seront adressées dans ce but. Toute satisfaction sera donc donnée aux familles dans la mesure du possible ; mais ce que nous voulons éviter à tout prix, c'est que, faute de places dans les services spéciaux, les enfants séjournent longtemps au bureau d'admission, en promiscuité avec des adultes. M. le Dr Bourneville a insisté sur les inconvénients et les dangers du transport en commun des enfants et des adultes de l'infirmerie du Dépôt au bureau d'admission. Ces inconvénients et ces dangers existent à un bien plus haut degré quand les enfants séjournent plusieurs jours et quelquefois plus d'un mois au bureau d'admission comme cela se passait autrefois. Dans ces conditions, j'estime que le vote de la proposition de M. le Dr Bourneville constituerait un blâme pour l'Administration.

M. le Dr BOURNEVILLE. M. le Directeur déclare que les enfants continueront à être reçus à l'asile clinique, au fur et à mesure des vacvnces dans les services spéciaux. Je ne demande pas autre chose ; c'est parce que les placements volontaires ont été refusés catégoriquement par M. le Directeur de l'asile clinique, ainsi que le démontre absolument la statistique des entrées en mars et avril, que j'ai donnée tout à l'heure, que j'ai demandé que l'on en revienne à l'ancienne pratique : l'*admission des placements volontaires à l'Asile clinique.* Le vote de ma proposition ne saurait donc constituer un blâme à l'égard de l'Administration départementale.

M. le Dr TAULE. — Seul j'ai pris sur moi de refuser le placement des enfants à titre volontaire. L'Administration n'est pas intervenue dans cette question. Je revendique donc la responsabilité de cette mesure que j'ai prise dans l'intérêt des enfants et du service.

M. le Dr DU MESNIL. — Je demande que M. le Dr TAULE soit invité par l'Administration à respecter les réglements et à exécuter les délibérations que la Commission croira devoir prendre.

M. le PRÉSIDENT. — Il me semble que nous sommes tous d'accord pour que les placements volontaires d'enfants soient reçus au fur et à mesure des vacances. Ce sont donc les mots « de nouveau » qui constitueraient un blâme pour l'Administration.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Les déclarations très nettes de M. le *Directeur* des affaires départementales me donnent satisfaction. Je consens à ce que les mots « de nouveau » soient supprimés de ma proposition. Je propose en conséquence à la Commission d'émettre le vœu que toutes les facilités possibles soient données aux familles pour les placements volontaires d'enfants.

M. BAILLY. — Je demande que la Commission ajourne le vœu qu'on lui propose d'émettre sur cette question, jusqu'à ce que des dispositions législatives aient été prises relativement au placement des enfants idiots et épileptiques.

M. LE ROUX. — Aucun réglement n'ayant été violé par l'Administration, il me semble que la Commission peut passer à l'ordre du jour en prenant acte de mes déclarations.

M. HUARD. — Tous, ici, nous sommes d'accord pour penser que l'Administration doit faciliter, dans la mesure du possible, les placements volontaires d'enfants; mais comme elle n'a porté atteinte à aucun réglement administratif ni à aucune disposition législative, nous ne saurions émettre aucun vote qu'elle considérerait comme un blâme.

M. le PRÉSIDENT. — En résumé, la commission se trouve en présence de trois propositions;

L'ordre du jour:

L'ajournement proposé par M. B*ailly*;

Le vote de la proposition de M. le Dr *Bourneville*, moins les mots « de nouveau ».

M. PUTEAUX. — Je demande à expliquer mon vote. L'Administration n'ayant violé aucun règlement et assurant dans la mesure du possible les placements volontaires d'enfants, je ne puis, à mon grand regret, voter la proposition de M. le Dr *Bourneville*, mais comme rien n'est plus cruel et plus pénible pour les familles que le passage de leurs malades par l'infirmerie du Dépôt, je m'associerai à la demande d'ajournement de M. *Bailly*, afin de laisser à l'Administration le temps d'étudier la

question et d'examiner comment elle pourrait faciliter dans une plus large mesure les placements volontaires.

M. LE ROUX. — M. *Puteaux* demande l'étude de la question par l'Administration, et je crois qu'en effet la question des aliénés au Dépôt mérite une étude sérieuse. Dès lors il serait plus simple de voter l'ajournement proposé par M. *Bailly* sur la proposition de M. le Dr *Bourneville*, ajournement auquel se rallie l'Administration.

M. le Dr BOURNEVILLE. — J'insiste auprès de la Commission pour qu'elle vote ma proposition, puisque au fond, nous sommes d'accord avec l'Administration et que mon intention n'a jamais été de lui infliger un blâme. Ce que je demande, c'est qu'au fur et à mesure des vacances, les enfants soient reçus, par placements volontaires, au bureau d'admission de l'Asile Clinique, où ils ne feraient que passer, pour être envoyés dès le lendemain dans des quartiers spéciaux.

M. le PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'ajournement.

La Commission, consultée, vote par sept voix contre une et une abstention, l'ajournement de son avis à émettre sur la proposition de M. le Dr BOURNEVILLE.

IV.

Placements d'enfants.

A la séance du 28 mai, nous avons donné les renseignements complémentaires suivants qui répondent catégoriquement, comme les précédents, aux dires de l'Administration. (p. LXXXIV, XC. etc.)

M. le Dr BOURNEVILLE. A l'occasion du procès-verbal et comme suite aux renseiguements que j'ai fournis à la séance du 16 avril sur les placements volontaires d'enfants, je crois devoir porter à la connaissance de la Commission que l'enfant le plus jeune placé comme aliéné dans mon service à Bicêtre venant de l'asile clinique avait deux ans et cinq jours (Lob., né à Pontoise) ; que, des sept enfants reçus à Bicêtre pendant le mois de mai courant, six y ont été admis comme placement d'office et un comme épileptique non aliéné placé par l'Assistance publique ; enfin, que les petites filles admises à la Fondation Vallée l'ont été toutes d'office, sauf une dont le placement payant est volontaire (1).

(1) Dans un toast que nous avons dû porter à la fin du déjeuner offert à la Commission de surveillance, lors de la visite à la Salpêtrière le 14 mai 1891, après avoir rappelé que la Commission s'était enfin décidée à visiter le quartier des aliénés de Bicêtre et celui de la Salpêtrière; et indiqué l'utilité — et aussi les difficultés de visiter les asiles des départements qui reçoivent des aliénés de la Seine, nous ajoutions: « Mais il existe un autre service que nous n'avons pas vu, qu'il serait important que nous visitions, et que nous pouvons visiter aisément, sans aucune dépense ; je veux parler de l'Infirmerie des aliénés près le Dépôt de la Préfecture de police. J'ai déjà eu l'occasion de signaler les inconvénients résultant du mode de transport des aliénés de ce Dépôt dans nos asiles; mais il y a autre chose que leur transport il y a la façon dont ils sont reçus et logés dans cette Infirmerie. Je demande donc à la Commission de consacrer une de ses séances à la visite de ce Dépôt..... » (*Procès-verb. de la Com. de surveil*, 1891, p. 193).

V.

Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police.

Mode de transport des aliénés.

Voici un extrait de la séance du 11 juin où les bureaux de la Péfecture de police essaient d'atténuer la triste situation que nous avons fait connaître.

M. le PRÉSIDENT. — Dans sa séance du 30 avril dernier, la Commission de surveillance a été saisie par M. le Mr Bourneville de différents faits concernant le séjour des enfants à l'Infirmerie du dépôt près la Préfecture de Police, et leur transfert de cette infirmerie à l'Asile clinique.

Un extrait du procès-verbal concernant ces faits a été adressé par M. le préfet de la Seine à son collègue M. le Préfet de Police. M. Lozé, dans sa réponse, que j'ai reçue en communication, après s'être fait représenter le dossier de la jeune B., (Marguerite), décédée à la fondation Vallée des suites de diphtérie, déclare que rien n'y indique que cette enfant fût atteinte de cette affection lors de son entrée à l'Infirmerie spéciale, ou qu'elle eût contracté les germes de cette maladie dans le dit établissement.

En ce qui concerne le séjour à l'Infirmerie spéciale des enfants présumés aliénés, M. le Préfet de Police expose que la plupart des malades, adultes ou enfants, n'y restent que quelques heures, grâce à la double visite médicale à laquelle il est procédé, quotidiennement, matin et soir. Généralement, tout malade arrivé avant six heures du soir, est examiné et

transféré le même jour à Sainte-Anne. Il peut toutefois se faire que les médecins aliénistes hésitent à proposer immédiatement une mesure de séquestration d'office à l'égard de quelques sujets qu'ils sont appelés à examiner, et ajournent, par suite, les malades au lendemain, afin de pouvoir se prononcer avec plus de certitude sur leur état mental.

Dans tous les cas, ajoute M. le Préfet de Police, les plus jeunes enfants, qu'ils aient été envoyés directement à l'Infirmerie spéciale par les commissaires de police ou qu'ils aient été mis à sa disposition par l'autorité judiciaire, comme présumés atteints d'une affection mentale, sont toujours, en attendant leur transfert à Sainte-Anne, mis isolément dans les cellules de l'Infirmerie spéciale. S'ils sont inoffensifs, ils jouissent même dans la dite Infirmerie de la plus grande liberté possible.

Les investigations minutieuses auxquelles il a été procédé relativement au séjour, pendant une nuit, dans la même cellule, des enfants M..., âgé de dix-sept ans, et P.., âgé de treize ans, sont restées infructueuses. Le personnel de l'Infirmerie spéciale n'a gardé le souvenir d'aucun fait de ce genre.

Quant aux inconvénients signalés au sujet du transfert des enfants à l'asile clinique en même temps que les adultes, M. le Préfet de Police fournit les explicattons suivantes :

Ce n'est, déclare-t-il, que lorsque les autres malades sont déjà installés dans leurs compartiments respectifs, que les enfants sont admis dans la voiture et placés sur la banquette qui leur est réservée, et qui est située de manière que le préposé au transfert puisse exercer sur eux une surveillance attentive. Lorsque les enfants présents à l'Infirmerie sont en nombre suffisants, ils font l'objet d'un convoi spécial.

La voiture qui sert au transport, tant des aliénés que des enfants assistés, est désinfectée chaque fois que les circonstances l'exigent. Comme depuis longtemps il n'a été transféré aucn enfant paraissant atteint d'une affection contagieuse, il n'y avait pas eu lieu de procéder exceptionnellement à la désinfection de la voiture. Quoi qu'il en soit, M. le Préfet de police a donné des ordres formels pour que cette voiture soit à l'avenir régulièrement désinfectée aussi bien pendant l'hiver que pendant l'été (1).

---

(1) On peut se demander ce que M. le Préfet de police — ou plutôt ses bureaux — entend par *régulièrement*. C'est, d'après nous, *tous les jours* que la voiture devrait être désinfectée.

M. LE ROUX.— Depuis, une nouvelle communication a été faite à M. le Préfet de police pour appeler son attention sur l'observation présentée par M. le Dr Falret sur le mode de transport des aliénés, de l'Infirmerie spéciale du Dépôt à l'Asile clinique, lors de la visite que la commission a faite au quartier des aliénés de la Salpêtrière, le 14 mai 1891. Les malades, dit-il, conservent de leur transport, qui se ferait à l'aide de voitures cellulaires comme pour les condamnés, un souvenir des plus pénibles. M. le Dr Falret voudrait, et il m'a semblé que son avis était partagé par la Commission, que la Préfecture de police employât, pour la translasion des aliénés, des voitures semblables à celles en usage dans les asiles de la Seine.

M. LE PRÉSIDENT.— La commission, en effet, s'associe à ce vœu. Communication de tout ce qui précède sera portée, par la voie du procès-verbal, à la connaissance de notre collègue, M. le Dr Bourneville, qui n'a pu assister à la séance de ce jour, étant obligé de siéger à la même heure, au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

VI.

Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police; installation défectueuse.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, nous avons répondu, dans la séance du 25 juin, à la communication des bureaux de la Préfecture de police, dans les termes suivants :

M. le Dr BOURNEVILLE. — A la dernière séance, M. le Président vous a donné communication de la réponse de M. le Préfet de Police à différents faits signalés par moi à notre réunion du 30 avril 1891, concernant le séjour des aliénés, et en particulier des enfants, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police et leur mode de transport de cette infirmerie à l'Asile clinique. En réponse à cette communication, je me bornerai à quelques remarques et je les ferai aussi sommaires que possible.

L'examen très attentif des faits semble indiquer la possibilité de la propagation des maladies contagieuses par le séjour dans un endroit encombré comme l'est l'Infirmerie spéciale du Dépôt et où passent et séjournent un grand nombre de personnes, souvent des plus misérables. Est-ce dans ce milieu que l'enfant *Bul.* a contracté la diphtérie? Est-ce dans la voiture non désinfectée qui sert au transport des aliénés? Pour nous, c'est probable, et après l'enquête minutieuse que nous avons faite, personne ne peut en nier la possibilité. En tout cas, l'enfant est arrivée à la fondation Vallée à la période d'incubation du croup et a été le point de départ de l'épidémie. La voiture qui l'a transportée n'étant pas désinfectée, ainsi que le reconnaît M. le Préfet de police, a pu constituer assurément un moyen de propagation. Nous avons dit et nous affirmons de nouveau que des enfants atteints de la teigne, de la coqueluche, de la fièvre typhoïde, etc., etc., sont fréquemment transportés par cette voiture, d'où la nécessité d'une désinfection très fréquente, qui devrait même être journalière. J'a-

BOURNEVILLE, *Bicêtre,* 1891. *******

jouterai que ce ne sont pas seulement les aliénés adultes et les enfants qui ont ou peuvent avoir des maladies contagieuses, mais encore les enfants sains d'esprit transportés par la même voiture du Dépôt à l'hospice des Enfants assistés. Quant au séjour des aliénés au Dépôt, tout le monde sait qu'il a été abrégé autant que possible. Malgré cela, en raison des nécessités du service, il arrive que les malades couchent au Dépôt et cela, en assez grand nombre, quinze, vingt, vingt-cinq même. Or, le nombre des cellules, huit du côté des hommes, quatre du côté des femmes, étant insuffisant, il en résulte nécessairement que plusieurs malades couchent dans la même cellule. Dans le jour, l'encombrement plus grand, oblige fatalement à mettre plusieurs malades dans la même cellule. Nous maintenons formellement ce que nous avons dit, en nous appuyant sur ce que nous avons vu et sur les faits de chaque jour.

Aux faits que nous avons cités, nous pourrions en ajouter bien d'autres; nous nous contenterons des deux suivants : l'enfant S..., quatorze ans, est arrivé au Dépôt le 10 Juin à onze heures du matin; il a été mis en cellule avec l'enfant IIer..., et un adulte; il est parti à quatre heures pour l'Asile clinique. La voiture contenait deux enfants placés dans le couloir, cinq femmes et quatre hommes. L'un des hommes était camisolé, parce qu'il avait insulté les gardiens. Quand il a fallu le descendre de voiture à l'Asile clinique, il a proféré les injures les plus grossières.

L'enfant B..., quatorze ans, a été conduit le 16 juin, à deux heures, au Dépôt. Il a été enfermé daus une cellule en compagnie de deux hommes; l'un d'eux a voulu le frapper parce qu'il regardait par le judas de la porte. Sur l'appel de l'enfant, cet homme a été mis dans une cellule voisine. Il criait et donnait des coups de poing dans la porte. B... est parti pour l'Asile clinique à six heures du soir et a été placé dans une des cellules de la voiture qui contenait trois femmes et quatre hommes, dont l'un, très agité, était maintenu par la camisole.

Bien des fois, les médecins actuels ou anciens de l'Asile clinique, de Bicêtre et de la Salpêtrière ont réclamé une amélioration du mode de transport des aliénés. A cet égard, je crois utile de rappeler un passage du livre de Ferrus, intitulé : *Des aliénés*, et publié en 1834.

« Quant au mode de transport, dit-il, de pressantes réclamations ont été longtemps nécessaires. Les amis de l'humanité ne pouvaient s'empêcher de gémir, il y a un an

encore, sur la manière dont les aliénés étaient transférés de la Préfecture de Police dans les hospices de Paris. A Bicêtre la même voiture conduisait pêle-mêle les criminels et les fous. Quel que fût l'état d'exaltation et de déraison de ceux-ci, il était difficile qu'ils ne s'aperçussent pas de la société qu'on leur donnait et qu'ils n'en fussent pas profondément humiliés; dès lors, ils n'épargnaient à leurs compagnons ni les attaques ni les sarcasmes, et, lorsqu'ils étaient arrivés au lieu de leur destination, l'esprit tout rempli des scènes qui s'étaient prolongées pendant la route, ils conservaient l'idée que c'était dans une prison qu'ils étaient amenés, heureux encore si les prisonniers avec lesquels ils avaient voyagé n'avaient point payé, pendant le trajet, par de larges représailles, les attaques insensées dont ils avaient pu être l'objet! C'est en vain que M. Belleyne avait cherché à remédier à cet abus; il n'y était qu'incomplètement parvenu, tant les habitudes dont je parle étaient enracinées. Elles continuèrent encore après son administration; mais, je dois le dire, depuis environ un an, nos malades, à quelques exceptions près, nous sont amenés séparément. Il est d'autant plus nécessaire de persévérer dans cette louable mesure, qu'aujourd'hui même, à cause du voisinage de la prison, il est difficile de persuader aux aliénés qu'ils sont dans un hospice, qu'aucun châtiment ne leur sera infligé. L'administration actuelle fera doublement apprécier ses importants services si elle réalise le projet d'enlever la prison du milieu de notre hospice. Les pauvres, les infirmes et les condamnés y gagneront. Alors il n'existera plus aucune confusion entre des classes d'hommes aussi différentes. Mais, qu'elles que soient les circonstances, que les transports soient plus ou moins faciles, toujours des voitures particulières doivent être destinées au transfert des aliénés. Elles exigent même des dispositions spéciales; car il faudrait qu'elles fussent matelassées et que quelques anneaux, placés convenablement, permissent de fixer les malades pour lesquels cette précaution serait jugée nécessaire.

« Quant aux frais que ces nouvelles mesures exigent, peuvent-ils être mis en balance avec les graves inconvénients du mode actuel de translation? L'Administration des hospices ne se refusera peut-être pas, d'ailleurs, à supporter une partie de ces dépenses. Je crois aussi qu'elle devrait mettre de planton, à la Préfecture de police, un garçon de service habitué à surveiller les aliénés et qui serait chargé de les accompagner jusque dans notre hospice. »

Comme vous le voyez, à certains égards, les choses n'ont

guère changé depuis près de soixante ans. Sur le dernier point que visait Ferrus, la situation est la même. La surveillance est exercée du côté des hommes par deux gardiens de prison se relayant continuellement et ayant sous leurs ordres un auxiliaire qui n'est autre qu'un condamné libéré, d'ailleurs souvent remplacé. N'est-il pas regrettable, à l'époque actuelle, de voir confier la surveillance des malades à d'anciens condamnés qui n'offrent aucune garantie et à des gardiens de prison qui n'ont guère les qualités requises pour soigner des malades ? Du côté des femmes, le service est fait par une religieuse chargée en même temps de l'infirmerie des détenues, aidée également par une auxiliaire, elle aussi, condamnée libérée.

Les remarques de Ferrus subsistent aussi en ce qui concerne les graves inconvénients qui résultent du passage des aliénés dans une prison et de leur contact, avec les détenus et les prostituées. Ce n'est donc pas sans motif sérieux que les aliénés qui passent par l'Infirmerie du Dépôt se croient conduits en prison, puisque, là, ils sont surveillés par des gardiens de prison, aidés par des condamnés libérés ; qu'ils assistent aux allées et venues des agents de police et des gens arrêtés; qu'ils entendent les cris et les vociférations de ces derniers et qu'ils sont conduits dans nos établissements hospitaliers par des voitures cellulaires comme des prisonniers.

J'ai déjà dit que beaucoup de malades subissaient une aggravation de leur état mental à la suite de leur passage au Dépôt et qu'on observait dans leur délire des troubles qui avaient pour point de départ le souvenir du Dépôt.

Je pensais pouvoir communiquer à la Commission le récit même d'une des malades du service de M. J. Falret. Mais ce document ne m'est pas encore parvenu.

Les critiques qne je me suis permis d'adresser à l'organisation de l'infirmerie spéciale du Dépôt ne sont nullement dirigées contre M. le Préfet de police. Je les ai faites dans l'intérêt supérieur des malades et aussi au point de vue de l'honneur de l'Administration elle-même. Qu'ai-je dit d'ailleurs qui ne soit connu ? M. Guillot, juge d'instruction, a signalé avec raison l'insuffisance du nombre des cellules de l'infirmerie spéciale, en même temps que leur installation défectueuse au point de vue de l'hygiène (1).

(1) Guillot. — *Paris qui souffre* : les prisons de Paris.

M. le Dr Paul Garnier, faisant allusion à cette situation, déclare que les critiques de M. Guillot s'adressent « à une situation depuis déjà longtemps connue et qui préoccupe vivement l'Administration. Elles ne sont donc, dit-il, malheureusement que trop fondées (1).

Aujourd'hui, on semble vouloir faire dire à M. le Préfet de police que nos faits sont controuvés et que tout est régulier au Dépôt, alors qu'il s'agit des trois services qui font le moins d'honneur à Paris, la Morgue, Saint-Lazare et le Dépôt.

En demandant que l'Administration facilitât les placements directs à l'Asile clinique, nous cherchions à améliorer le Dépôt en diminuant son encombrement qui est tel que, le jour de notre visite (14 mai 1891), nous avons trouvé huit malades enfermées dans la même celluleM. M. le Directeur des affaires départementales a donné des ordres dans ce sens. Si, comme il est permis de l'espérer, ses ordres sont exécutés, nous verrons bientôt reparaître la progression des placements volontaires qui, après avoir atteint le chiffre de 985 en 1887, sont descendus à 572 en 1890. Ajoutons que l'un des articles de la loi en discussion à la Chambre des députés prescrit l'envoi direct des aliénés à l'asile de traitement. Quant à l'infirmerie spéciale, dont l'utilité est incontestable, elle ne devrait recevoir, nous le répétons encore, que les personnes arrêtées sur la voie publique ou ayant nécessité l'intervention de la police.

Enfin, en appelant indirectement l'attention de M. le Préfet de police sur l'utilité de certaines réformes, au point de vue de l'hygiène, et en demandant à la Commission de surveillance de visiter l'Infirmerie spéciale du Dépôt, notre intention était de lui fournir un appui pour obtenir du Conseil général les moyens de remédier à une situation reconnue tout à fait défectueuse par tout le monde.

M. BAILLY. — J'estime, d'accord avec mon collègue M. le Dr Bourneville, que la Commission de surveillance a toute qualité pour visiter la partie de l'Infirmerie du Dépôt affectée aux aliénés. J'ajoute que les locaux ne manqueraient pas pour y placer nos malades, s'ils n'avaient pas été détournés de leur affectation primitive et convertis en magasins et en logements pour des gardiens, ce dont j'ai pu m'assurer lors d'une visite faite avec d'autres collègues du Conseil général.

(1) P. Garnier. — *La folie à Paris*, p. 70.

M. le PRÉSIDENT. — Je connais aussi l'Infirmerie du Dépôt que j'ai visitée autrefois, comme procureur général près la Cour de Cassation, et, à ce titre, membre du Conseil supérieur des prisons. Je sais qu'il y a bien des choses à dire au sujet du Dépôt. Mais j'estime que nous ne pouvons demander à visiter que les cellules affectées au service des aliénés (1).

Je pense que M. le Préfet de police ne nous le refusera pas. A la suite de cette visite, nous examinerons quelles améliorations nous pouvons demander. Mais, en attendant, il est de mon devoir de vous faire observer que M. le Préfet de police, en répondant aux faits cités par M. le Dr Bourneville, dans la séance du 30 avril dernier, a déclaré que dorénavant la voiture servant au transport des aliénés serait régulièrement désinfectée aussi bien pendant l'hiver que pendant l'été.

M. LE ROUX. — M. le Préfet de police, auquel j'en ai parlé, m'a dit qu'il verrait avec plaisir quelques membres de la Commission procéder à cette visite et qu'il serait heureux de les accompagner lui-même à l'infirmerie du Dépôt.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Pourquoi la Commission entière, qui ne compte que quatorze membres, ne serait-elle pas convoquée à cette visite? Il est très rare que nous soyons au complet. Nous ne serions guère plus de huit ou neuf lors de notre visite à l'infirmerie du Dépôt.

M. le PRÉSIDENT. — L'Administration a transmis à la Préfecture de police le vœu émis par M. le Dr Falret, et auquel la Commission s'est associée, que les voitures servant au transport des aliénés soient construites sur le modèle de celles de nos asiles. J'espère que M. le Préfet de police tiendra compte de ce vœu dans la mesure du possible.

M. LE ROUX. — En transmettant à la Préfecture de Police le vœu de M. le Dr Falret, l'Administration a dit que cet avis était partagé par la Commission. Permettez-moi toutefois de vous faire observer que nos voitures transportent les malades sans séparation aucune et que par suite les germes de contagion peuvent facilement s'y développer. Si les voitures cellulaires actuellement en usage ne suffisent pas à empêcher toute contamination, que sera-ce

(1) Nous n'avons pas demand plus. (B.)

avec des voitures où les malades seront en commun ? Lorsque ces dernières voitures nous servent à transférer les malades d'un asile à l'autre, les malades ne sont plus dans l'état où ils se trouvent quand on les amène au Dépôt, et de plus on se garde bien de transférer ceux qui présentent les indices de maladies contagieuses. Il y a donc là quelque chose qui ne peut être décidé sans examen.

J'ajouterai enfin que les voitures cellulaires servant au transport des aliénés ne sont pas celles des condamnés. Elles sont capitonnées à l'intérieur, munies d'un large marchepied, etc.

M. le Dr BOURNEVILLE. — En allant visiter le Dépôt, nous verrions la voiture et nous discuterions sur place.

M. le PRÉSIDENT. — Il me semble qu'il n'est pas nécessaire que nous visitions tous cette Infirmerie. Une sous-commission prise parmi nous pourrait être chargée de cette visite et nous faire un rapport que nous discuterions. Je propose en conséquence de nommer membres de cette sous-commission : M. le Dr BOURNEVILLE, M. le Dr DU MESNIL et M. BAILLY.

Adopté.

M. le Dr BOURNEVILLE. — La sous-commission que vous venez de nommer pourrait vous faire connaitre son avis sur le mode de construction de la voiture qui sert au transport des aliénés, adultes et enfants (1).

---

(1) A la séance du 2 juillet 1891, M. le Président a fait la communication suivante : « La Commission se rappelle que, dans sa séance du 14 mai dernier tenue à l'hospice de la Salpêtrière, M. le Dr Jules Falret lui a signalé les graves inconvénients qui résultent, au point de vue des malades, du mode de transfert des aliénés, de l'infirmerie du Dépôt près la Préfecture de police, à l'Asile clinique (Sainte-Anne). Sur la proposition de M. le Dr Falret, elle a, dans cette séance, émis le vœu que la Préfecture de police employât désormais, pour le transfert des malades, des voitures semblables à celles en usage dans les asiles d'aliénés de la Seine. Ce vœu a été transmis, le 5 juin suivant, par M. le Préfet de la Seine, à son collègue M. le Préfet de police. M. Lozé a répondu, le 26 dudit mois de juin, que le transport des aliénés de l'Infirmerie du Dépôt à l'Asile Sainte-Anne s'effectue au moyen d'une voiture de santé construite spécialement à cet effet sur les indications fournies par MM. les Drs Lasègue et Legrand du Saulle; que son administration a pris toutes les dispositions nécessaires pour assurer le transport des malades dans les meilleures conditions possibles, et que, dans cette situation, il lui est impossible de donner une suite favorable au vœu de la Commission.

« Cette lettre dont, après avoir donné lecture, je me borne aujourd'hui à faire prendre note au procès-verbal, sera transmise à la sous-Commission nommée à notre dernière séance et chargée de visiter l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police. La discussion est réservée et reste entière. »

VII.

De l'assistance des imbéciles et des faibles d'esprit améliorés ou infirmes.

(Communication faite le 24 juin 1891 à la *Société pour l'étude des questions d'assistance.*)

M. Bourneville. — Les sections d'enfants arriérés se sont encombrées bien plus vite qu'on ne le supposait. Il faut donc se préoccuper sérieusement du placement des enfants qui deviennent adultes. Ceux qui sont épileptiques et non guéris, sont dirigés dans la 3e section, de la division des aliénés de Bicêtre, consacrée aux épileptiques. Les idiots et imbéciles adultes sont envoyés dans la 1re et la 2e section affectées aux aliénés (1).

Il en est d'autres, dont le nombre ira en augmentant à mesure que l'on comprendra mieux l'assistance et le traitement médico-pédagogique de ces enfants, qui sont guéris ou améliorés au point de pouvoir être rendus à leurs familles. Pour ceux-là il faudrait une *Société de patronage.*

Enfin un certain nombre d'imbéciles, améliorés à un degré suffisant pour vivre en liberté, mais atteints d'infirmités ou de maladies chroniques (hémiplégie, chorée, etc.) sont passés dans la division des incurables l'hospice. C'est du moins ce qui se pratique à Bicêtre. Cette catégorie de débiles améliorés, mais infirmes, jouissent dans l'hospice d'une complète liberté. Cette liberté peut leur être nuisible et être surtout nuisible à autrui.

M. Bourneville en cite un cas récent : un de ces débiles infirmes a commis une tentative de viol. L'assistance publique de-

(1) L'existence dans le département de la Seine de cinq services consacrés aux enfants arriérés, idiots et épileptiques rendra nécessaire, ainsi que nous l'avons déjà dit bien souvent, la création d'un asile pour ces malades devenus adultes, avec des ateliers semblables à ceux qui existent dans les sections d'enfants et où ils continueront soit à se perfectionner dans leur métier, soit à travailler au bénéfice de l'Asile.

vrait avoir mission de continuer à les surveiller. Cette question touche évidemment à celle de la liberté individuelle. Mais il n'y aurait pas moins un grand intérêt à ce qu'il fut créé dans l'hospice une sorte de section spéciale, soumise à une réglementation particulière et où seraient déversé les arriérés améliorés, mais infirmes, au fur et à mesure de leur sortie de la section des enfants. Ils ne pourraient sortir sans permission du directeur. On pourrait alors les utiliser dans l'intérieur de l'établissement ; au besoin même les services qu'ils rendraient pourraient être pour eux une source de profit. Ce seraient à la fois de demi-internés et de demi-hommes de peine.

M. LEGRAIN. — La mesure proposée par M. Bourneville devrait même être étendue aux asiles de la province où l'usage des transfèrements nous oblige encore aujourd'hui à envoyer un certain nombre d'arriérés qui maintenant, ne sont généralement à l'asile qu'un très court espace de temps. Mis en liberté, ils peuvent nuire et nuisent en effet très souvent.

M. CHARPENTIER. — Le problème soulevé par M. Bourneville touche de près à la question de la liberté que l'on laisse aux vieillards hospitalisés.

Cette liberté, ils n'en jouissaient pas autrefois. Par un respect exagéré pour la liberté individuelle, on la leur a accordée, non sans regrets, car le nombre des accidents et des difficultés survenues de ce chef est incalculable. Il est certain que la liberté absolue, dans ces circonstances, a des inconvénients. Elle mérite d'être restreinte.

La question soulevée par M. Bourneville pourrait sans doute être tranchée par une réglementation intérieure.

L'observation présentée par M. Legrain est fort juste. Les faits qu'il signale sont dus aux mœurs des asiles de province. Lorsqu'un malade n'est pas un aliéné proprement dit, il est conservé s'il est tranquille et surtout s'il rend des services; s'il est turbulent, vicieux, s'il met le désordre on s'en débarrasse en le mettant en liberté.

Si l'on savait faire travailler les arriérés dans ces établissements tout celà n'arriverait probablement pas. Il est des gens qu'il faut forcer au travail.

M. BOURNEVILLE. — La question soulevée est double : celle relative aux débiles améliorés, mais infirmes, qu'il faut faire passer dans les divisions de l'hospice, en les soumettant à une

réglementation spéciale, et celle des débiles non infirmes qui devraient être surveillés.

Il y a intérêt à ce que la 4me section émettre un vœu tendant à la solution de cette double question.

M. CERCUEIL. — Est-ce qu'on ne pourrait pas imposer un travail à ces malades ?

M. le Dr BOURNEVILLE. — C'est en effet ce que l'on devrait faire, ce que l'on ne fait pas. Il arrive que certains malades, désirant jouir d'une liberté plus grande, s'efforcent de travailler ou de s'occuper au dehors. Ils devraient être astreints à travailler dans les ateliers de la maison et au bénéfice de la maison. Une fois en liberté ils abusent de leur situation, je le répète ; c'est à tort qu'on tolère qu'ils travaillent au dehors, au détriment des ouvriers et de l'administration.

M. CHRISTIAN fait une rectification en ce qui concerne les asiles de province. Généralement les enfants qui y sont sequestrés sont indisciplinés mais ils travaillent. Il ne faut pas croire qu'on s'en débarrasse facilement. Ils sont, au contraire, souvent une source de grand embarras.

Ce qui arrive souvent encore, c'est que l'enfant arriéré est réclamé impérieusement par la famille quand il est quelque peu dégrossi et qu'il possède une parole assez élevée.

M. CHARPENTIER. — Les fous moraux sont gens inconnus pour certains directeurs de province c'est un fait accompli.

La section ajourne son vote sur les questions présentées.

VIII.

Du recrutement du personnel enseignant dans les services consacrés aux enfants idiots et arriérés.

Dans les pays où existe réellement l'assistance des enfants arriérés et où l'on se préoccupe de leur instruction, on a soin de préparer un personnel enseignant spécial. Depuis 1879, nous avons consacré beaucoup de temps à dresser les maitres et les maitresses chargés de nous aider dans le traitement médico-pédagogique des enfants qui nous sont confiés.

Dans le courant de l'année 1891, notre honorable confrère, M. le Dr Giraud, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Yon nous écrivit pour nous demander si nous consentirions à recevoir pendant quelque temps, dans notre service, deux institutrices qui venaient d'être choisies par M. Hendlé, préfet de la Seine inférieure, pour le service d'enfants qu'on avait l'intention d'annexer à son asile. Nous avons accepté, d'accord avec M. Peyron, directeur de l'Assistance publique.

Nous avons reçu ces institutrices le 8 octobre et nous avons consacré une matinée à leur faire connaître l'organisation du service. Nous avons mis nos instituteurs et nos institutrices à leur disposition. Du 9 au 15 octobre, elles ont passé une journée et demie dans les écoles, sans paraitre prendre d'ailleurs un très grand intérêt à l'enseignement spécial des enfants idiots. Le peu de goût qu'elles ont montré pour se mettre en mesure de remplir habilement leurs fonctions forme un contraste très frappant avec le zèle et l'activité que nous avons vu apporter, par une institutrice suédoise, Mlle Jannoës à une étude minutieuse de

notre méthode et de nos procédés. Durant 5 jours elle s'est mise à la besogne, du matin au soir, provoquant des explications, agissant avec les maîtresses de la petite école, eonsultant nos livres, nos cahiers, etc.

Il est certain que si la nouvelle loi sur les aliénés comprend, ainsi que nous l'avons proposé, l'obligation, pour les départements, d'avoir un asile pour le traitement et l'éducation des enfants arriérés et épileptiques, l'administration supérieure devra se préoccuper de créer un personsel enseignant. Selon nous, ce personnel devrait être mis au courant pratiquement de tout ce qui se fait dans cet enseignement spécial et en même temps devrait être astreint à suivre les cours de l'une des Ecoles d'infirmières. Ce n'est qu'à cette double condition qu'il sera possible, aux instituteurs et aux institutrices des futurs asiles, d'obtenir de bons résultats et de rendre des services.

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE

UNIV. OF CALIFORNIA

I.

Deux nouvelles observations d'hystérie mâle;

Par BOURNEVILLE et P. SOLLIER

I

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson, nerveux. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Cousin germain, mort de convulsions. — Mère, migraineuse. — Sœur hystérique, convulsions de l'enfance. — Sœurs nerveuses. — Frère débile. — Sœur morte d'accidents cérébraux consécutifs à une rougeole. — Marche à deux ans et demi; — parole à deux ans; — incontinence nocturne d'urine jusqu'à quatorze ans. — Instabilité mentale. — Colère, gourmand, menteur. — Stigmates hystériques. — Première attaque à dix-sept ans. — Attaques limitées à la phase épileptoïde. — Aura. — Elévation de la température après l'accès.*

Cah... (Charles), âgé de dix-sept ans, est entré le 22 décembre 1884 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (27 février 1885). — *Père*, cinquante ans, soldeur, auparavant marchand de jouets en gros, de taille moyenne, pas très fort; marié à vingt et un ans. Il ne buvait pas alors et s'est mis à boire depuis la guerre, de l'eau-de-vie surtout. Il rentre une vingtaine de fois ivre par an. Très nerveux d'habitude, son irritabilité augmente encore pendant l'ivresse et va jusqu'à la violence; à plusieurs reprises sa femme a dû se cacher pour l'éviter. Il fume beaucoup, environ trente centimes de tabac par jour. Il a souvent des maux de tête, mais pas de véritable migraines. D'après sa femme, il n'était pas coureur. Il aurait eu une inflammation d'intestins pendant un mois. Pas de maladie de peau; aucun indice de maladies vénériennes, « il a la peau aussi

blanche que la neige ». Caractère violent, mais ne bat pas ses enfants, « il est au contraire trop bon pour eux ». [*Père*, mort d'une maladie d'intestins à soixante-huit ans; excès de boisson, marchand de grains, assez fort. [*Mère*, soixante-quinze ans, bien portante, n'est pas démente. — Pas de renseignements sur les *grands parents*. — Deux *frères* : l'un mort on ne sait de quoi; l'autre très bien portant; il a encore sept ou huit enfants bien portants; un est mort de convulsions; quatre *sœurs* : deux sont mortes de la poitrine, dont une a laissé deux enfants bien portants; deux sont vivantes et bien portantes; l'une a cinq enfants bien portants. —Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'hystériques, de difformes, de suicidés, de criminels, etc., etc., dans la famille.]

Mère, cinquante et un ans, assez grande et forte, physionomie agréable, intelligente; lèvres grosses, cheveux châtains. Bien portante d'habitude. Migraines depuis trois ans. Elle est encore parfaitement réglée. Pas d'attaques de nerfs; peu nerveuse; pas d'alcoolisme. Faisait le commerce avec son mari. — [*Père*, mort à soixante-dix ans; il avait une maladie de cœur; pas d'excès de boisson. Marchand de bestiaux. — *Mère*, morte à soixante-huit ans on ne sait de quoi; pas de maladie nerveuse. — *Grand-père paternel*, mort à quatre-vingt-cinq ans, on ne sait de quoi; n'était ni dément ni paralytique. — *Grand'mère paternelle*, morte à quatre-vingt-huit ans; pas de démence ni de paralysie. — *Grand-père maternel*, mort vers quatre-vingt-neuf ans, rien de particulier. — *Grand'mère maternelle*, morte d'un cancer vers soixante-dix ans. — Deux *frères*, très bien portants; l'un a des enfants bien portants. — Trois *sœurs*, bien portantes; leurs enfants sont bien portants, sans accidents nerveux. Pas d'aliénés, d'épileptiques, d'hystériques, etc., dans la famille.]

Pas de *consanguinité* (père de Sierck et mère des environs de Francfort; tous deux Juifs).

Douze enfants et trois fausses couches : 1° *Garçon*, vingt-sept ans, bien portant, pas de convulsions, intelligent, a été soldat; — 2° *fille*, mariée, vingt-cinq ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions, a quatre enfants bien portants sans convulsions; — 3° *garçon*, vingt-trois ans, bien portant, pas de convulsions, intelligent, bonne conduite; 4° *fille*, vingt-deux ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions; — 5° *fille*, dix-neuf ans, brune, à l'air effronté, a été atteinte d'hystérie à dix-sept ans, elle avait eu des convulsions étant en nourrice. A dix-sept ans, elle a été à l'hôpital Rothschild. De là elle est allée à la Salpêtrière où elle est restée un an dans le service de M. Charcot; elle en est sortie il y a près de deux ans; elle travaille dans le commerce; pas d'amant, assure-t-on; — 6° *fille*, dix-huit ans, pas de convulsions, bien portante, nerveuse, intelligente, bonne conduite; — 7° notre *malade*; — 8° *garçon*, quinze ans, pas de convulsions, fort, peu intelligent, on

ne sait quoi faire de lui, il se sauve de la maison pour vagabonder, joue de l'argent aux billes; pas de kleptomanie, pas d'onanisme, pas de rapports avec les petites filles, paresseux; — 9° *fille*, treize ans, pas de convulsions, bien portante, très nerveuse, intelligente, est presque toujours la première à l'école; — 10° *fille*, douze ans bien portante, intelligente, travailleuse, pas de convulsions; — 11° *fille* morte à vingt-six mois de fièvre cérébrale ayant compliqué une rougeole; — 12° *garçon*, sept ans, bien portant, intelligent, pas de convulsions; — deux fausses-couches (13° et 14°) et une entre 7° et 8°.

Notre malade. — A la *conception*, ses parents étaient bien portants tous les deux; leurs affaires allaient bien; pas de chagrins; le père commençait à boire un peu de temps en temps, mais moins qu'après la guerre. Il était très porté aux rapports sexuels et il en avait presque toujours quand il avait bu. Pendant la *grossesse*, pas de coup, de chute, d'émotion; durant le dernier mois elle était très fatiguée parce que son ventre était très gros; pas d'alcoolisme. *Accouchement* à terme, plus laborieux que les autres, naturel, sans chloroforme. A la *naissance*, l'enfant n'était pas asphyxié; il pesait dix livres. Mis en nourrice au sein, on fut obligé de le reprendre à six mois, il était maigre, avec un gros ventre, du poil sur tout le corps. On continua à l'élever en lui donnant du lait au verre. *Marche* à deux ans et demi (l'un a marché à treize mois, le troisième à cinq ans, il était noué; les autres de quinze mois à deux ans); *parole* à deux ans (les autres de quinze mois à deux ans); *propre* seulement à *quatorze ans pour les urines*. Jamais de convulsions. Envoyé à l'école à sept ans; il n'a jamais rien appris. Il s'est souvent sauvé de l'école et rentrait chez lui à quatre heures comme s'il en revenait. On l'y a envoyé jusqu'à treize ans sans résultat. Personne ne pouvait en venir à bout. Il voulait être acteur, jouer les guignols qu'il allait souvent voir. De treize ans jusqu'en avril 1884, il fut bien portant et resta à la maison. Il aidait un peu, mais était paresseux et ne voulait rien faire. Fréquemment il se sauvait dehors, aidait les autres marchands et rentrait le soir chez ses parents. La mère assure que son père ne le battait pas.

Jusqu'au mois d'avril 1884 il n'eut pas d'attaques. Il quitta alors ses parents parce qu'il ne voulait pas travailler; « il s'est laissé entraîner par la rue ». Il voulait jouer, s'amuser et était toujours désobéissant. Il était peu affectueux pour son père et ses frères et sœurs, mais était jaloux. Très *colère*, il cassait tout si on ne lui cédait pas. Il se battait avec ses frères et sœurs; dehors il se battait avec ses camarades s'ils ne lui cédaient pas. Très *gourmand* de bonbons et de gâteaux, « il en aurait bien mangé toute la journée »; mais il ne buvait pas. « Quand il pouvait me prendre une pièce de vingt ou de quarante sous, dit sa mère, il achetait des gourmandises. » Il ne volait pas au dehors cependant pour satisfaire ses

goûts. — *Sommeil* bon, prolongé, de 9 heures du soir à 10 heures du matin; pas de cauchemars, pas de somnambulisme. — Pas d'*onanisme*.

Parti en 1884, il s'occupait aux alentours des halles, vendant des choux, des légumes pour les marchandes qui lui donnaient quelques sous. Il couchait dans les rues, dans des voitures quand il n'avait pas d'argent, ou à l'hôtel s'il avait quelques sous. — Du mois d'avril à son placement à Sainte-Anne le 10 novembre 1884, ses parents l'ont revu trois fois dans les premiers mois. Il était sale, dégoûtant », et de plus il était ivre; il a vomi et déféqué dans son pantalon. Ses parents l'habillèrent proprement et cherchèrent à le faire travailler. Il demanda ses papiers pour se placer et on les lui donna. Il aurait été arrêté deux fois pour vagabondage et relâché pour être reconduit à ses parents. Prévenue au mois de novembre qu'il était à Sainte-Anne depuis le 10 novembre, sa mère ne sait rien de ses attaques.

L'affaiblissement qu'il présente dans la main droite est ancien, et existait quand on l'a retiré de nourrice à six mois, mais on n'a aucun détail sur sa cause. Il n'aurait jamais eu de convulsions. A la naissance, il ne présentait rien de particulier.

A trois ou quatre ans, il a eu des croûtes dans les cheveux et beaucoup de glandes au cou, mais qui ne s'abcédèrent pas. — Pas d'otite, ni d'ophtalmie; pas de dartres; pas de teigne. — Aucune fièvre éruptive; pas de diphthérie; pas de chorée; pas de douleurs de tête.

Un jour son père l'ayant envoyé porter 7 fr. 80 à un loueur de voitures, au lieu d'aller les porter, il alla les jouer, et perdit ou mangea tout. — Placé il y a cinq ans dans une imprimerie, il ne put y rester que deux jours à cause de son manque d'instruction. Il aurait été figurant dans un théâtre. Etant hors de la maison il a vendu, pour le compte d'un autre, des allumettes de contrebande et a été condamné à un mois de prison; mais sa mère ne sait au juste à quelle époque. Contrairement à ce qu'il prétend, le malade ne sait pas un mot d'allemand, ni d'hébreu; on a essayé de lui apprendre l'hébreu mais sans succès. Il paraît qu'il a toujours été menteur et il aimait à faire des niches. Un jour il vint dire à sa mère qu'il avait vu son père entrer aux Folies dramatiques avec une fruitière, avec laquelle du reste sa femme l'avait pris en flagrant délit d'adultère un jour. C'était faux cette fois, et une fois sa mère partie, il se réjouissait d'avoir fait une niche. — Quand il était aux halles, il s'amusait à faire des grimaces pour attirer l'attention et avoir quelques sous. — « Il faisait le polichinelle, comme s'il était fou. »

Etat actuel (5 janvier 1885). — *Sensibilité :* le chatouillement ou le contact ne sont pas perçus sur la moitié antérieure gauche du tronc, du cou et de la face. Elle est conservée sur le membre infé-

rieur gauche à partir de l'aine. — Sur la moitié antérieure droite du tronc, la sensibilité est conservée mais obtuse. Il y a *anesthésie* de la moitié postérieure droite du tronc, du bras droit et du membre inférieur droit. La sensibilité à la douleur du *côté gauche* est perdue au cuir chevelu, à la face, sauf à la moitié gauche du menton, aux membres supérieurs sauf aux doigts; — sur le ventre et la partie supérieure du thorax du côté gauche. — Elle est conservée dans le dos et au membre inférieur gauche. Du *côté droit*, la disposition de l'anesthésie est sensiblement la même. — La sensibilité à la température est abolie sur la moitié gauche de la face, du cou, du thorax et de l'abdomen jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic; sur le bras et les doigts où il sent cependant lorsqu'il est mouillé. A droite elle est abolie dans les mêmes régions, mais l'abdomen est complètement insensible.

Puberté. — Très léger duvet sur la lèvre supérieure. — La région pectorale est assez développée. Poils noirs assez abondants au pénil. — Bourses rétractées, testicules égaux de la dimension d'un œuf de pigeon. — Pas de varicocèle. — Verge bien développée; circoncision, gland découvert; méat un peu en arrière, très étroit. — Il prétend ne pas se masturber, ou très rarement.

25 *février.* — A la suite d'attaques répétées dans ces derniers jours, il présente une légère orchite traumatique.

25 *juillet.* — On constate de l'atrophie musculaire de l'éminence thénar droite, et du premier espace interosseux, avec laxité des ligaments du pouce et mouvements exagérés de ce doigt. — Depuis son entrée le malade a eu, en décembre, 39 attaques et 2 vertiges; en janvier, 122 attaques et 3,087 vertiges; en février, 126 attaques et 968 vertiges; en mars, 111 attaques et 245 vertiges; en avril, 181 attaques et 440 vertiges; en mai, 249 attaques et 224 vertiges; en juin, 93 attaques et 76 vertiges. — Depuis un mois il n'a plus d'attaques. Il n'est plus grossier, ne déchire plus ses habits. — On a pu l'emmener en promenade, ce qui n'était pas possible auparavant. Il est tranquille partout et ne demande qu'à travailler. Il présente un affaiblissement très marqué du côté droit. — Avec le dynamomètre Mathieu, il donne à droite 12 et à gauche 32.

29 *août.* — Le malade a eu une attaque vers 8 heures et demie, qui a duré un quart d'heure. A 10 heures, alors qu'il était encore un peu hébété on essaie de l'endormir par le regard. — Au bout de cinq à six minutes, on voit seulement quelques palpitations des paupières; les yeux s'humectent un peu, puis quelques mouvements de déglutition et cela s'arrête. — Au bout de dix minutes, il n'y a aucun résultat et on cesse l'expérience.

31. — Le malade a été pris à 8 heures et demie d'une attaque qui a duré jusqu'à 10 h. 20. Il est repris à 10 h. 35. — M. Bourneville arrive au moment où après la période épileptoïde, le malade fait l'arc de cercle lequel persiste pendant une minute, une minute

et demie. Puis il a des battements violents des membres inférieurs qui ébranlent le lit; les jambes sont projetées en l'air, puis retombent violemment. — Rigidité complète dans l'extension. Il crie « oui! » la rigidité est très marquée; la face est rouge, le tronc se soulève à demi rigide; la tête est en extension, la face tournée à droite. Puis il est pris de secousses tétaniformes, prolongées, des quatre membres, égales des deux côtés. Ensuite il sort de sa bouche une écume abondante, sanglante, et enfin le stertor apparaît. — Une seconde fois il crie « mort, mort! » il se débat avec de grands mouvements cloniques. Puis un repos avec une respiration fréquente. — Il se soulève brusquement, s'assoit à demi et regarde à droite. Puis apparaissent de nouveau les grands mouvements à la suite desquels nouveau repos avec respiration fréquente bruyante. — Le corps est dans l'extension ainsi que les membres. — Puis il se tortille, se retourne très vite, se couche sur le ventre, se remet sur le dos. — Nouveau repos dans l'extension, les paupières closes, les yeux dirigés en haut, les pupilles fortement dilatées, la respiration bruyante.

Une troisième période épileptoïde survient marquée par le cri « Euh! » puis rigidité générale, la tête dans l'extension, la face tournée à gauche, puis à droite. Secousses tétaniformes, prolongées, des membres et des paupières. Stertor, écume abondante, sanglante. — Repos : même attitude. Puis grands mouvements; il crie : « chouette, chouette! » — Repos avec respiration fréquente. — Parfois il a des secousses. Il se relève brusquement, s'assoit, appelle, puis a de grands mouvements tout à fait classiques avec flexion des jambes, des cuisses, du tronc, projection des membres en l'air, puis il retombe sur le lit. Petits mouvements sur place des membres inférieurs. — Repos puis de nouveau grands mouvements qui commencent par la flexion des jambes sur les cuisses, et dans lesquels il crie. — Repos, puis arc de cercle : le corps repose sur le membre inférieur droit, tandis que le gauche est soulevé à 45°. — Nouvelle période épileptoïde débutant par le même cri étouffé que précédemment, et pendant laquelle les pouces sont en dehors de la main. Repos pendant lequel il crie : « Ah! oui, quand je suis sorti j'ai trouvé Paris changé. » — Nouvelle période épileptoïde. Repos, respiration toujours bruyante. — Puis il s'assoit la figure souriante, retombe, présente des mouvements du bassin et de grands mouvements du tronc. Enfin repos prolongé dans lequel le malade demande à boire. — Il est 11 heures quand l'attaque prend fin. La température rectale prise alors est de 38°,8.

L'attaque est classique. L'arc de cercle est très beau, souvent d'une durée qui dépasse une minute; les pieds se posent sur la plante et non sur la pointe; la tête repose sur la nuque. — Durant l'arc de cercle il n'y a pas de trémulation.

11 h. 10. — De temps en temps, le malade a des secousses,

s'agite dans son lit, se couche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Le malade se plaint d'avoir mal aux reins et même partout. Les secousses sont tantôt dans les épaules, tantôt dans les membres inférieurs.

Tout d'un coup il se relève, la tête étendue dans une attitude extatique; rigidité et battements des paupières. Il retombe et a de petits mouvements tétaniformes. Repos, puis grands mouvements, tantôt sur le ventre, tantôt sur le dos. Ou bien il se place sur la tête dans l'attitude d'un clown, le tronc étendu, les membres à demi fléchis. Il retombe, s'assoit, regarde à droite d'un air indifférent, puis retombe de nouveau et est pris de trémulation. Repos. Il se met ensuite à genoux les paupières fermées, les bras allongés le long du tronc, qui est penché en avant. Après un moment le malade se relève, le tronc incliné sur le côté gauche, puis il retombe brusquement à genoux.

Cri étouffé, période épileptoïde, secousses tétaniformes. Repos. Evacuation involontaire d'urine. Repos. Puis arc de cercle, le corps reposant sur la tête et les pieds. Il profère des obscénités, puis s'asseoit, est pris de grands mouvements, résiste, cherche à mordre. Repos. Cris prolongés et plaintifs. Il demande à boire et se couche sur le côté droit. Il est 11 h. 30.

12 *octobre.* — A eu hier neuf attaques de 7 heures et demie à 10 heures et quart du soir.

28. — Nous voyons sa sœur n° 5 qui vient le demander pour qu'il assiste à son mariage le lendemain. Elle a été prise d'attaques de nerfs à l'âge de quatorze ans, à la suite d'une peur. Sa mère ayant du délire pendant une variole voulut se jeter par la fenêtre. Elle prit peur se trouvant seule avec elle, et le même jour, elle fut prise de douleurs dans le côté gauche de la face. Un mois après elle eut une attaque. Les attaques étaient quotidiennes et se produisaient cinq ou six fois par jour. Elle fut soignée à l'hôpital Rothschild, puis à la Salpêtrière chez M. Charcot, pendant deux ans. Après sa sortie elle eut encore deux ou trois attaques, et elle n'en a plus du tout depuis trois ans.

1886. — 14 *janvier.* — Depuis un mois à peu près, il n'est pas allé à l'école et il entraîne les autres à mal faire. Le malade Th... prétend que Ca... l'a sodomisé en échange de 2 francs qu'il lui devait; mais Ca... nie avoir jamais eu de rapports avec lui, non plus qu'avec des hommes en ville. Il en avoue seulement avec des femmes.

24 *avril.* — A été envoyé en congé le 18 avril pour trois jours. Il refusait de rentrer. Il n'a pas eu d'attaques pendant son congé et a aidé sa mère dans son commerce.

4 *mai.* — Le malade tombe en attaque à 7 heures et demie. Quand on arrive, il est pris subitement de convulsions cloniques des quatre membres. Un tremblement très fort secoue tous les mem-

bres. Il y a de l'écume à la bouche; les yeux sont fortement déviés à gauche; les pouces sont fléchis dans l'intérieur de la main, les doigts repliés sur les pouces. Ces attaques durent une quinzaine de secondes environ. Pas de cri initial. Durant l'attaque la tête est dans l'extension; le malade est pris de mouvements convulsifs latéraux, la bouche est déviée à droite. Puis il y a une période de stertor, avec ronflement pendant laquelle les globes oculaires sont tellement déviés qu'en abaissant fortement la paupière inférieure il est impossible de voir la pupille et de savoir de quel côté la déviation a lieu. Le globe de l'œil n'est certainement pas dévié en haut.

Les attaques se succèdent presque sans intermittence. Au moment où on est appelé, 7 h. 50, il a déjà eu quatorze accès consécutifs. Elles sont séparées les unes des autres par quatre ou cinq minutes d'intervalle à peine.

Après la dix-septième attaque le malade se réveille un peu et demande à boire. Deux minutes après avoir bu, les yeux se dévient en bas et à droite. Il a des mouvements de mastication, puis du tremblement de la mâchoire inférieure, auquel succède du grincement de dents; agitation de tout le corps, le malade remue les bras et les jambes, le tronc restant immobile. Cette agitation dure deux minutes environ, puis le malade se calme. A ce moment les yeux sont déviés en bas et à droite, les pupilles sont petites, contractées, mais égales.

A 8 h. 10, on détache le malade qui était camisolé. On constate alors dans la main des mouvements identiques à ceux de l'athétose. A 8 h. 12, nouvelle crise. Le malade pousse quelques gémissements faibles, puis surviennent des convulsions cloniques identiques aux prédédentes. A 8 h. 15, nouvelle crise précédée comme l'autre d'un gémissement. Il est impossible de saisir une période tonique; les convulsions cloniques arrivent presque immédiatement. Elles existent seulement dans les jambes et dans les bras et pas dans le tronc. Au début de chaque accès les convulsions sont d'abord légères, c'est un tremblement; mais elles ne tardent pas à se prononcer et à revêtir le caractère de véritables convulsions.

A 8 h. 17 nouvelle crise. Le corps est fléchi en demi-cercle. La durée de ces attaques est d'une minute environ. La respiration est stertoreuse et irrégulière.

A 8 h. 20, nouvelle attaque d'une durée de trente secondes. A 8 h. 24, une secousse dans les membres supérieurs. C'est la première depuis le commencement de la série. — A 8 h. 26, vingt et unième attaque. Arc de cercle et convulsions cloniques des membres.

5. — L'enfant va bien le matin et se repose. Par moments il a des étouffements, la respiration est un peu haletante, le pouls est calme.

6. — A eu trois attaques le matin.

2 *juin*. — Nous constatons et le malade lui-même l'a remarquée, une hémianesthésie du côté droit. Ayant été endormi en 1881 par M. Charcot à la Salpêtrière, M. Bourneville essaie de l'endormir de nouveau par la pression des globes oculaires après commandement de dormir. Il dort au bout de cinq minutes. Pas de catalepsie; on lui parle, il répond et est très suggestionnable et on lui suggère des hallucinations diverses. Il a à son réveil perdu complètement le souvenir de sa période de sommeil.

7.—On l'hypnotise de nouveau et on essaie de produire des contractures, mais on n'y parvient pas. On fait sentir au malade un morceau d'enveloppe de lettre. On lui demande s'il sent, et il répond « oui ». On déchire alors l'enveloppe en plusieurs morceaux que l'on met en différents endroits du cabinet et on lui dit d'aller les chercher. Le malade se lève, se dirige vers la table où se trouve un des morceaux de papier. Il touche plusieurs feuilles qui sont aussi sur la table, les palpe et enfin saisit un des morceaux de l'enveloppe. Il se dirige ensuite vers un des coins de la chambre où se trouve le papier, se baisse pour le ramasser, tâtonne, mais ne parvient pas à le saisir. Il se dirige vers d'autres points dans la direction du papier qu'il ne ramasse pas non plus. Par moments il porte le papier qu'il a à la main à son nez, le sent longuement et continue à chercher. Mais bientôt il erre sans direction. On lui dit alors qu'il s'endormira le lendemain matin à 9 heures et demie. Il répète l'ordre et on le réveille. Il part du cabinet en titubant comme un homme ivre et arrive ainsi à l'infirmerie. Il s'y assoit dans un fauteuil, puis prend sa course à travers les salles en allongeant le pas, s'arrêtant de temps en temps en ayant l'air de chercher consciencieusement et défaisant même les lits pour cela. A diverses questions qu'on lui posa, il ne répondit rien. Une fois cependant au moment où il voulait regarder dans le lit d'un malade couché, on le prit par la main pour l'éloigner. Il dit alors: « Je cherche un papier, il faut que je le trouve, » et il repartit de plus belle tout en dormant, grimpant sur les croisées, sautant par-dessus les lits avec une agilité surprenante, au point qu'on dut le maintenir assis sur un fauteuil pour éviter quelque accident. — Vers midi il tomba dans un sommeil léthargique, avec insensibilité complète. Mis au lit il eut quatre attaques consécutives semblables aux premières décrites plus haut.

9.—Il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé hier.— A 10 h. 8, il est pris d'une attaque. Il devient raide, pousse un cri aigu, et est agité d'une série de secousses tétaniformes de plus en plus rapides suivies d'une période de stertor avec écume. Il est bientôt pris d'une nouvelle crise. La tête se soulève un peu, le corps devient rigide, les bras en extension se rapprochent de la ligne médiane, les faces des mains tournées l'une contre l'autre, les poings fermés et les membres inférieurs sont dans l'extension, puis présentent

des secousses tétaniformes de plus en plus rapides, après quoi survient une période de stertor, avec rapidité de la respiration et gonflement des joues.

Deux autres attaques épileptoïdes se succèdent bientôt. La période de stertor de la troisième attaque est suivie tout d'un coup d'une attitude passionnelle; le malade se redresse et se met à genoux, la tête renversée en arrière, les yeux regardant au ciel et à droite. Nouvelle attaque. — La face grimace violemment, la bouche se tord affreusement. Il pousse un gémissement; la tête se soulève, tout le corps devient rigide, les membres dans la même attitude que plus haut. Surviennent ensuite des secousses tétaniformes de plus en plus fortes.— Enfin arrivent des mouvements cloniques assez étendus dans les quatre membres et aussi intenses d'un côté que de l'autre.— La crise se termine par une période de stertor bruyant, avec résolution complète et dilatation pupillaire, les yeux convulsés en haut et à droite. Ecume à la bouche. Respiration précipitée, ronflante.

A 10 h. 20 nouvelle attaque avec : 1° rigidité; 2° phase tétaniforme; 3° période clonique avec mouvements étendus; 4° stertor. A 10 h. et demie placé dans son lit il a une série d'attaques très violentes, toujours semblables aux précédentes.

S'étant endormi il ne se réveille qu'à 3 heures et ses attaques le reprennent.—A 8 heures du soir il a de nouvelles secousses pendant 15 minutes, puis deux attaques d'une durée d'une minute, et revient à lui presque aussitôt. — La nuit est bonne, il dort, et le lendemain il paraît seulement un peu fatigué.

23.— Il travaille dans la section aux soins domestiques et va à l'école des adultes. Son caractère est assez gai et sa conduite est convenable depuis quelques mois. Il a souvent de la céphalalgie bitemporale, avec troubles de la vue. Les douleurs sont intermittentes. Elles prennent le soir et durent environ une heure.

20 *juillet*.— Est allé en congé le 11, mais s'est sauvé de chez ses parents dans la nuit du 18.

26. — Réintégré, il prétend s'être sauvé parce qu'il avait trouvé de l'ouvrage chez un lithographe. Il y serait resté trois jours et faisait les courses. Il croit n'avoir eu qu'une seule attaque depuis sa sortie, sur le boulevard Voltaire. Il a été conduit au poste où il a donné un faux nom; aussi ne l'a-t-on pas maintenu.

Après son arrestation il aurait été conduit au dépôt, où il serait resté deux ou trois jours, puis à l'Asile clinique sur le certificat du Dr Garnier portant : « Epilepsie, attaques graves et fréquentes, affaiblissement intellectuel consécutif, actes déraisonnables et inconscients ». Renvoyé de Sainte-Anne à Bicêtre le 24 juillet avec le certificat du Dr Dubuisson portant : « Epilepsie, perversion des instincts, débilité mentale; atrophie musculaire de la main droite. » Envoyé en cellule.

10 *août*. — Tranquille depuis sa réintégration. — Est resté quatre jours en cellule. Va travailler à la buanderie. Dit être sujet à des éblouissements, surtout quand il se baisse. — S'il est debout « ça lui fait noir devant les yeux ». « Les personnes qui sont autour de lui sont noires. » — Il lui semble que tout tourne autour de lui. Il prétend voir les objets doubles. — Pas de phosphènes. — Pas de bourdonnements d'oreilles. Pas de perte de connaissance. La durée de ces accidents est d'environ trente secondes. — Il assure que les vertiges viennent avant les attaques et l'avertissent.

11. — Les attaques ont commencé à 9 heures, épileptiformes seulement d'abord, puis hystériformes avec délire ; paroles érotiques. A certains moments il déclame des vers, puis chante une chanson. Soupirs érotiques. Peu de gestes érotiques, quelques rares mouvements du bassin. — Ses paupières sont baissées, les yeux convulsés en haut et en dedans. La sensibilité est abolie. Le pouls est petit et rapide. — Accès épileptiforme de quelques secondes après lequel réveil incomplet qui lui permet de répondre aux questions qu'on lui pose. Il pleure et se plaint de souffrir des lombes, des cuisses et des bras.

15 *septembre*. — On lui avait suggéré hier en état d'hypnotisme la disparition d'un point hyperesthésique sous-costal gauche, et de venir à 10 heures au cabinet. Il vient et dit qu'il n'a plus du tout souffert de son point. — On l'hypnotise par compression des globes oculaires. — Les trois états sont peu nets : le plus net est le somnambulisme qui s'obtient par frictions sur le vertex. — Avant la séance il avait de l'achromatopsie complète à droite avec hémianesthésie complète de ce côté. On lui suggère les couleurs, la disparition des points douloureux, de l'aura de l'attaque et par suite de l'attaque. On le réveille en lui soufflant sur les yeux. Une fois réveillé, au bout de dix minutes il reconnaît toutes les couleurs suggérées de l'œil droit. Il doit venir nous retrouver demain seul à 10 heures.

16. — Il reconnaît toutes les couleurs sur des papiers autres que ceux ayant servi à la suggestion.

23. — A l'atelier, les surveillants et les camarades du malade prient qu'on le garde à la section. On n'en peut rien faire et il empêche les autres de travailler.

1er *octobre*. — Série d'attaques depuis hier. Il est assez fatigué ce matin, et ne veut rien manger. 38°,2.

2. — Amélioration. Il répond bien aux questions. — Il a eu deux accès ce matin. T. R. 37°,8.

4. — Il a eu onze attaques depuis hier. Il est abruti ; répond mal aux questions, mais entend bien et a la parole libre. Les pupilles sont égales et moyennement dilatées.

11 *novembre*. — A gardé encore la notion de toutes les couleurs.

9 *décembre.* — Sous prétexte qu'il « s'embêtait », et que depuis hier soir les malades n'ont fait que l'ennuyer et l'appeler marmiton, il a cherché ce matin à s'évader; on l'a laissé sortir de la section en même temps que les travailleurs, voulant, dit-il, parler au surveillant; il a suivi les travailleurs jusqu'aux grands ateliers. — Il s'était fait un petit sac d'objets de toilette. — Il s'est caché dans les cabinets, où il s'est rencontré avec un autre malade évadé, Grand... Il prétend qu'il n'y avait pas eu d'accord préalable entre eux. — Depuis un mois et demi il ne travaille plus. — Il a été renvoyé successivement de la buanderie et du marais. Envoyé en cellule.

15. — La sensibilité dans ses différents modes paraît très obtuse des deux côtés. Il est très difficile de faire préciser au malade ce qu'on lui fait et de constater une différence entre les deux côtés.

22. — Depuis quelques jours le malade a de nombreuses attaques se présentant par séries le soir. Il n'en a plus après 9 heures et demie.

Aura. — Quelques minutes avant l'attaque le malade dit avoir des étourdissements, voir noir et voir tout tourner. Il a une sensation d'étouffement partant de la région épigastrique qui remonte à la gorge jusqu'au niveau du larynx. Pas de zones hystérogènes, ni même hyperesthésiques; pas d'achromatopsie. — Le champ visuel est rétréci surtout à droite et l'acuité visuelle est diminuée. La sensibilité des téguments de l'œil est conservée, quoique un peu diminuée du côté droit. L'acuité auditive est égale des deux côtés mais faible. Le réflexe pharyngien est aboli. Le goût paraît très obtus, surtout sur la moitié droite de la langue. — L'odorat paraît normal.

29. — A été renvoyé plusieurs fois de la buanderie parce que la vue des femmes l'excitait et qu'il allait se masturber dans les cabinets où il avait des attaques. Dans ces derniers temps il a fait deux tentatives d'évasion et a été mis en cellule huit jours, durant lesquels il s'est masturbé une vingtaine de fois. La figure est moins éveillée; il est obtus.

1887. — 10 *juin.* — Il s'est évadé à 4 heures du soir.

1888. — 24 *mars.* — Réintégré le 21 mars. A été arrêté vendant un journal boulangiste et annonçant de fausses nouvelles de Berlin.

Réflexions. — I. Nous avons à signaler chez les ascendants, des excès alcooliques chez le père et le grand-père du malade; des migraines chez la mère; des accidents nerveux divers chez les frères et sœurs (hystérie, arriération intellectuelle et instabilité mentale, fièvre cérébrale).

II. L'hystéro-épilepsie s'est développée sur un terrain pré-

disposé : retard dans la marche et la parole, incontinence nocturne d'urine, débilité mentale, irritabilité, actes de violences, perversion des instincts, instabilité mentale, en un mot un état nerveux probablement d'origine congénitale et qu'il est peut-être possible de rattacher aux tendances alcooliques du père qui existaient déjà lors de la conception.

III. Dans un grand nombre d'observations d'hystérie nous voyons des émotions vives être le point de départ des crises convulsives. Ici il n'y a rien de ce genre d'après les parents et le malade, étant peu véridique, on ne peut guère attacher d'importance à ses dires lorsqu'il n'est pas possible de les contrôler. L'hystérie a été précédée de troubles moraux et d'excès ou de misère relative. Le malade appartient à la race juive. Or, dans son existence jusqu'à la Révolution française et même encore dans quelques pays, cette race a éprouvé à travers les siècles un certain nombre d'émotions... très vives, portant non plus sur les individus isolés mais sur la collectivité et créant chez elle un état nerveux ethnique qui prédispose ses membres d'une façon particulière à toutes les maladies nerveuses. Pour appuyer cette opinion, qui nous paraît peu contestable, nous n'avons pas sous la main de documents complets. A leur défaut nous invoquerons une statistique partielle. En 1875, à Bicêtre, sur 538 aliénés, dont 437 adultes et 101 enfants, il y avait 14 israélites. Si la proportion était la même dans les autres asiles, on arrivait à 188 israélites sur 7248 aliénés. Au recensement de 1872 la population totale du département de la Seine était de 2,220,060 habitants dont 24,319 israélites. Il s'en suivrait donc que les israélites fournissent 7 aliénés 7 pour 1,000 alors que le reste de la population n'en donne que 3,2. Nous reviendrons sur ces chiffres approximatifs.

IV. Sous le rapport des *attaques* elles-mêmes, nous n'avons rien à mentionner spécialement ; elles rentraient dans le type classique. Lorsque les attaques se succédaient durant un assez long temps, la *température* s'élevait un peu au-dessus de 38° sans jamais atteindre le chiffre élevé qu'on observe dans l'état de mal épileptique.

V. Relevons enfin l'*atrophie musculaire* de l'éminence thénar droite et du premier espace interosseux, sans pouvoir préciser à quelle cause il convient de la rattacher. L'hystérie

en tout cas n'a joué aucun rôle dans sa production puisqu'elle existait dès l'enfance.

II.

SOMMAIRE. — *Père, convulsions de l'enfance; nerveux et irritable. — Grand-père paternel tædium vitæ. — Oncle paternel, excès de tout genre. — Deux cousins germains morts de méningite. — Mère très impressionnable. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Premières dents à six mois; parole à quinze mois; propre à trois ans; marche à trois ans. — Peurs à treize ans. — Cauchemars, somnambulisme. — Première attaque à treize ans et demi. — Pas d'aura, oubli de l'attaque. — Attaques de sommeil. — Tremblement. — Stigmates hystériques peu marqués. — Attaques limitées à la phase épileptoïde. — Elévation de la température après l'attaque. — Secousses. — Hallucinations. — Attraction.*

Hir... (Lucien), né le 8 août 1869, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 25 juin 1887.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE PÈRE. — *Père*, quarante-cinq ans. bijoutier, taille ordinaire, bien portant, pas d'excès de boisson. Aurait eu des convulsions dans l'enfance. — Marié à vingt-un ans. Pas de syphilis. Céphalalgies assez fréquentes, sans vomissements. — Pas de rhumatisme. — Pas d'attaques de nerfs, mais très nerveux, très irritable. — Intelligent. — *Père*, mort quand il avait douze ans, d'ennui surtout, ayant perdu sa femme deux ans auparavant. Sobre; très fumeur.— *Mère*, couturière, morte quand il avait dix ans; il ne sait de quoi; elle avait une affection abdominale depuis huit mois. — *Grands parents paternels*, pas de renseignements ni sur le *grand-père maternel*. — *Grand'mère maternelle*, morte de vieillesse à quatre-vingt-cinq ans, non paralysée.— *Trois frères*, l'un mort de la poitrine à l'Hôtel-Dieu; faisait des excès de tout genre; le second mort des suites d'une opération sur le cou; le troisième est bien portant et n'a jamais eu d'accidents nerveux. Il en est de même de ses trois enfants. Deux d'entre eux sont mariés d'où sont issus trois enfants dont un est bien portant, et dont les deux autres sont morts de méningite (cousins issus de germains de notre malade). — Pas de sœurs. — Pas d'hystériques, d'épileptiques, de paralytiques, etc., dans la famille.

Mère, quarante ans, s'occupe de son ménage. Pas de convulsions dans l'enfance. Réglée à douze ans. — Mariée à seize. Pas d'attaques de nerfs, de migraines, mais assez souvent des céphalalgies.

Pas de névralgies, pas de rhumatismes, pas de maladies de peau. Très impressionnable. Aucune maladie sérieuse depuis son mariage. — *Père*, bien portant; excès de boisson de tout temps, mais n'allant pas jusqu'à l'ivresse, « c'est comme un tonneau ». Calme, sans accidents nerveux. — *Mère* morte il y a longtemps, d'une affection abdominale; n'était pas nerveuse. — *Grand-père paternel*, mort jeune, paralysé à la suite d'excès de boisson. — *Grand'mère paternelle*, morte subitement à soixante-cinq ans. — *Grands parents maternels*, pas de détails. — Ni *frères*, ni *sœurs*. Pas d'hystériques, d'épileptiques, d'aliénés, etc., etc., dans la famille. — [Pas de consanguinité.]

Deux *enfants* : 1° *fille*, vingt et un ans, petite, bien conformée; intelligente; pas de convulsions dans l'enfance; non mariée; pas d'attaques de nerfs; pas nerveuse.

2° *Notre malade*. — Au moment de la *conception*, les parents étaient bien portants tous les deux. — *Grossesse* bonne. Pas de chutes, de coups, de peur; pas d'alcoolisme; pas d'éclampsie. — *Accouchement* à terme, naturel. — *A la naissance*, pas d'asphyxie; bel enfant. Elevé au sein par sa mère; sevré à quatorze mois. — A *marché* à trois ans seulement. — *Premières dents* à six mois. — A commencé à *parler* vers quinze mois. A eu toutes ses dents très tard, vers trois ans; *propre* à trois ans seulement. Il était déjà en retard à quatorze mois quand il a été sevré, au début du siège de Paris. Il a pris du bouillon de cheval pendant deux ou trois mois. Après la Commune, on le mit au lait de chèvre et il reprit assez vite. « Le lait de chèvre l'a sauvé, » dit la mère. — Il l'a continué pendant deux ans, et on dut le supprimer parce que cela le rendait très méchant, très nerveux [1]. Mis à l'école vers quatre ans, il apprenait bien, comme les enfants de son âge. Pas de convulsions dans l'enfance. — A neuf ans, chute sur le côté gauche, avec une énorme bosse au front, qui aurait toujours laissé une trace. Elle ne s'est pas accompagnée de perte de connaissance et il a pu retourner à l'école le lendemain. A treize ans, en allant faire une course, il eut une *peur* occasionnée par la chute à ses pieds, d'un sixième étage, d'un individu qui se suicidait. Il a été éclaboussé par le sang et la cervelle. Il ne s'est pas trouvé mal, mais il est rentré à la maison tout effrayé, blême et tremblant. Un mois après, étant à la campagne, les gamins du pays, pour faire une niche au Parisien, le conduisirent auprès d'un terrain bourbeux en le défiant d'y aller. Il y alla et s'enfonça presque jusqu'aux épaules. Il aurait eu très peur. Quinze jours après il est rentré chez ses parents. C'est alors qu'on a constaté des *cauchemars* qu'il n'avait pas auparavant. Il se levait la nuit, traversait une pièce, allait dans la chambre de

[1] Jean Wier.

son père, effrayé et disant qu'il y avait des voleurs : « Je t'en prie, lève-toi, il y a des voleurs ici. » Il fallait qu'on le conduisit à la porte, lui montrer qu'elle était bien fermée, que des voleurs n'avaient pu entrer. Rassuré, il se recouchait et s'endormait. D'autres fois il criait : « Au feu, » venait trouver son père, la figure très effrayée et les yeux ouverts. Cela lui arrivait environ trois fois par semaine. Jamais il ne parlait du suicidé, ni de son embourbement. Il ne lisait pas de romans, mais seulement des livres de science.

C'est un mois après la seconde peur, à treize ans et quatre mois, qu'il a eu sa première attaque (novembre 1882). Il fut pris en mangeant gloutonnement un morceau de céleri. Il se mit à tourner autour de la table en étouffant (on croyait que c'était le morceau de salade); puis il tomba à la renverse, raide, les dents serrées. On essaya mais en vain de les écarter pour enlever le morceau de céleri. Puis il aurait « gigotté » environ quinze minutes. Bave sanguinolente légère. Le médecin arriva quand la raideur avait disparu et lui enleva le morceau de céleri. Alors il s'assoupit sans dire un mot depuis le commencement de son attaque. Il n'évacua pas sous lui. Pas d'aura. Il ne se rappela pas ce qui lui était arrivé. Pas de cauchemars pendant la nuit suivante. Le lendemain il était très fatigué, et n'est pas sorti.

La *seconde attaque* eut lieu dix mois plus tard. Dans l'intervalle la santé avait été bonne, mais les cauchemars avaient persisté. Cette seconde attaque l'a pris alors qu'il était en classe, sans cause appréciable. Elle dura quinze minutes. Pas d'aura, pas de délire. Il s'est mordu la langue, mais n'a pas uriné sous lui. Il put revenir à pied chez lui. Il fut alors traité par Raspail pendant huit mois pour de l'anémie, par les viandes saignantes et les bains sédatifs, et pendant cette période, il eut deux ou trois attaques. Il eut huit attaques seulement cette année-là (1883).

En 1884 on continua le même traitement et il eut quinze attaques. C'est alors qu'on le conduisit à la consultation de M. Charcot où M. Marie lui ordonna le bromure de potassium à doses graduées. Il resta un mois sans tomber. Puis il y eut une rémission de trois mois.— On diminua la dose et il retomba au bout de quinze jours. On a alors augmenté la dose de bromure et on lui a donné des douches (été 1885; — hiver 1885-86). Il eut neuf attaques en 1885. Il suspendit le bromure en 1886, au mois de mai, parce que ça le dégoûtait. Les crises venaient alors tous les mois, toutes les six semaines. On l'envoya ensuite à Berck où il ne fit que prendre des bains de mer (juin-décembre 1886). Il aurait été trois mois sans attaques. Vers la fin de son séjour il eut une attaque dans les champs en conduisant un cheval qui lui fractura la clavicule d'un coup de pied, fracture pour laquelle il fut traité à l'hôpital.

En 1886 il eut treize attaques. — Dans l'une d'elles, il s'est cassé deux

dents, s'est abîmé la mâchoire et le menton qui en portent encore les traces. Dans une autre, l'année précédente, il était tombé au

Fig. 1.

Fig. 2.

milieu de la rue et avait failli être écrasé par un camion. Il semble qu'il n'ait en effet aucune aura qui l'avertisse.

En 1887, après une rémission d'un mois, il fut repris d'attaques tous les quinze jours. A la fin de février il fut traité par le Dr Rivalls,

Fig. 3.

Fig. 4.

qui promit de le guérir avec son nervo-sédatif pour 150 francs. 75 comptant, et 75 ensuite après guérison. Il resta trois mois sans tomber. A la fin du mois de mai, revenant de course il s'est assis et

aussitôt *endormi* sans rien dire. Son père, croyant à une plaisanterie, l'a secoué pour le réveiller. Alors il s'est levé puis est retombé raide et s'est mis à s'agiter, à se débattre d'une façon telle que trois personnes ne parvenaient pas à le maintenir. Puis il répéta à plusieurs reprises : « Plutôt la mort ! » La physionomie n'était pas changée. Il se roulait sur lui-même, mais ne faisait pas l'arc de cercle. Il cherchait à s'arracher la poitrine. Les yeux étaient fermés. De temps en temps il y avait un arrêt, puis il se raidissait et recommencait à se débattre. Cela dura une heure. En revenant à lui il fut repris d'une crise *analogue aux anciennes* (probablement attaque épileptoïde) ; pas de pleurs, pas de miction involontaire. Il n'a pas dormi après son attaque, s'est levé et a aussitôt dîné. Puis il raconta que, avant de rentrer à la maison, il était tombé en glissant dans la rue et avait failli être écrasé par un omnibus. Une femme qui passait, croyant qu'il était écrasé, s'était trouvée mal et avait été conduite dans une pharmacie. Il assurait que lui n'avait pas eu peur. Huit jours après, nouvelle attaque qui a débuté de la même façon : *sommeil de deux minutes* d'abord, puis il a été pris sans qu'on y touche; il s'est levé et est tombé en pirouettant. L'attaque dura trente minutes. Il avait dans sa poche un couteau qu'il prit et essaya d'ouvrir. On le lui enleva et il fit le simulacre de s'en donner un coup dans la poitrine. Il prit ensuite un canif dans la poche de son gilet, on le lui enleva, et il fit encore le simulacre de se donner des coups dans la poitrine. — « Dans ses crises il cherche toujours à se déchirer la poitrine, comme s'il y souffrait beaucoup. » Il tombe presque toujours en penchant du côté gauche. Les attaques deviennent plus fréquentes, revenant tous les huit ou quinze jours. Dans l'une d'elles, il fut victime d'un escroc qui le dévalisa dans une pharmacie, avant qu'il eut recouvré connaissance, en se faisant passer pour son frère, fait qui fut rapporté dans divers journaux le lendemain sous le titre : *Un épileptique volé.*

Au mois de juillet, après deux attaques survenues dans la rue, il est pris d'idées tristes voyant que sa maladie ne guérit pas. « Il se croit une charge pour tout le monde et dit qu'il se jettera par la fenêtre si cela continue. Il devient irritable, plus colère qu'autrefois. Il ne dort pas depuis six mois, sans savoir ce qui l'en empêche. » Dans la journée il s'assoupit volontiers. — Depuis qu'il se traite il n'a plus de cauchemars. Par moments il a des accès de gaîté; d'autrefois des accès de tristesse.

La mémoire serait devenue plus lente depuis le début de la maladie. — Il est devenu aussi très contrariant et soutient toujours l'inverse de ce qu'on avance. — Pas d'onanisme, pas de rapports sexuels; il ne cherche pas la compagnie des jeunes filles; il est cependant caressant et embrasse volontiers un ami.

Rougeole à quinze mois, puis scarlatine qui le rendit très malade.

Pas d'autres fièvres. Pas de diphthérie; pas de chorée. Coqueluche après la scarlatine. Pas de croûtes dans les cheveux, pas d'adénite; pas de dartres; pas de gourme, d'otite, ni d'ophthalmie.

Dans ces derniers temps il ne faisait rien; il s'ennuyait à la maison, et il a cherché quatre ou cinq fois à se placer pour faire des courses. Il restait au maximum un mois en place; ça l'ennuyait et il disait : « J'en ai assez, je m'en vais, » ou bien on le renvoyait à cause d'un *tremblement* qui le prend par moments et l'empêche d'agir sûrement.

Sa tenue est bonne, son langage convenable. Il paraît qu'à Berck on le poussait à boire pour résister au climat (café, eau-de-vie, bière). Il ne s'est jamais grisé qu'une fois. — A Paris il n'a pas fait d'excès alcooliques.

Depuis longtemps, — avant sa première crise, — il se plaint de souffrir du cœur, d'être essoufflé en montant les escaliers. Il s'en plaint de plus en plus depuis le début des crises.

Etat actuel. — 5 *juillet* 1887. — *Tête.* Pas d'asymétrie crânienne appréciable. — *Cheveux*, châtain foncé, assez fournis. — *Front*, élevé, large. Bosses frontales saillantes. Légères dépressions sus-sourcilières. *Sourcils* marqués.

Diamètre	antéro-postérieur	19 cent.
—	bi-pariétal	15,7
—	bi-auriculaire	12,7
Circonférence	antéro-postérieure	38,5
—	horizontale	58
—	bi-auriculaire	38

Yeux, assez grands, bruns. Outre les étourdissements dans lesquels la vue se trouble l'espace d'un éclair, il arrive assez souvent au malade d'avoir la vue troublée pendant dix minutes, un quart d'heure. En même temps ses paupières sont agitées de tremblement. Les mains, les bras, les membres inférieurs sont également agités d'un tremblement beaucoup plus rapide que celui des paupières, surtout pour les mains.

Le *champ visuel* paraît un peu rétréci des deux côtés, surtout à droite. Il voit le violet gris, et hésite entre deux nuances de violet. Il voit le vert foncé bleu, mais distingue bien les autres couleurs.

Nez régulier, non dévié. Anosmie presque complète du côté droit. — *Bouche* petite; lèvres minces. La perception des saveurs paraît très obtuse sur toute l'étendue de la langue, mais semble presque abolie à droite.

Abolition du réflexe pharyngien dans la moitié droite du pharynx. — *Voûte palatine*, profonde. — *Dents* régulièrement plantées. Deux sont cassées, l'une dans une attaque en mordant, l'autre par accident. . . . . .

Oreilles petites, bien [illegible] la même distance [illegible] directement sur le [illegible] et l'est très [illegible].

Thorax, bien [illegible] de la clavicule gauche.

Membres supérieurs. Bien [illegible] du coude et du poignet [illegible].

Membres inférieurs, bien [illegible]. — [illegible] plantaires [illegible].

Organes génitaux. — Poils [illegible] aisselles. — Poils abondants [illegible] circonf. 6 1/2. Prépuce [illegible] normal. Testicules dans les bourses [illegible] œuf de poule, non douloureux.

Sensibilité générale. — [illegible] des deux côtés de la face, mais [illegible] au tronc, aux bras et aux membres [illegible] *piqûre* paraît [illegible] cou. Sur le tronc et les membres [illegible] est prise pour un pincement. La sensibilité [illegible] nuée dans tout le côté droit du corps. [illegible] *bilité à la température*.

Pas de plaques d'hypéresthésie [illegible] par la pression d'un point [illegible] du mamelon du côté gauche. Pas de douleur à la [illegible] physes vertébrales. — [illegible] deux heures.

Pas de points hystérogènes, sauf le léger point [illegible] lonnaire, où le malade porte toujours sa main [illegible] et qui est alors très douloureux. Céphalalgies [illegible] porales fréquentes.

Digestion. — Bon appétit. Quelquefois il mangeait [illegible] « on croyait qu'il avait le ver solitaire ». Quand il est sur le point d'avoir une attaque, il ne mange pas ou très peu. [illegible] ques, au contraire, il a très faim. Il vomit souvent [illegible] — ou bien il a seulement des nausées. Constipation fréquente.

Respiration, bonne. Ne tousse pas, mais a souvent craché du sang, surtout après ses attaques. — *Circulation* : cœur normal, régulier; pas de palpitations.

Il ne sent pas quand il va avoir ses attaques, mais souvent en dehors d'elles il a la sensation d'une boule qui part du creux épigastrique pour remonter à la gorge et l'étouffer. D'autres fois il a un point douloureux au niveau du cœur, qui le fait étouffer surtout quand il monte les escaliers. Quand on le met debout les yeux fermés il chancelle, et tomberait si on ne le retenait pas. Il dit que

pendant son attaque il lui semble rêver et qu'à la suite « cela lui fait le même effet que lorsqu'on se réveille et que l'on sent qu'on a rêvé ».

27 *juin.* — Vers 4 heures de l'après-midi, il prévient qu'il va peut-être avoir une attaque et qu'il faut se méfier, car il cherche à mordre et à égratigner.

A 6 heures, il causait avec ses camarades quand l'attaque commença. Il tomba sur le dos, puis rebondit sur les fesses et sur les épaules à un mètre environ de distance. Le regard n'était pas modifié tout d'abord. Il clignotait des yeux seulement et cherchait à mordre et à égratigner. Il faisait coup sur coup l'arc de cercle, puis retombait inerte et recommençait ensuite. Puis ses yeux tournèrent, il grinça des dents et poussa des sortes de grognements. Il eut quatre crises semblables à cinq minutes d'intervalle : la première dura vingt minutes, les trois autres dix minutes seulement.

Fig. 5.

28. — Nouvelle crise en présence de l'un de nous. Il tombe brusquement sur le dos sans prévenir, sans pousser de cri. Puis il s'arcboute sur les épaules et les jambes et bondit ainsi trois fois en arrière. Enfin étendu sur le dos, il est agité de convulsions cloniques. Les poings sont fermés, mais le pouce n'est pas fléchi dans l'intérieur de la main. Il cherche à mordre et à égratigner, et mord même au mollet un de ses camarades qui le maintient. Pas de cris, pas de paroles, mais des gémissements, des sortes de jappements, puis il tombe dans un état de résolution complète. Au bout de trois

minutes secousses dans tout le corps, puis convulsions toniques, et petits arcs de cercle. Brusquement apparaissent de nouvelles convulsions cloniques avec grands mouvements, après quoi il tombe en

Fig. 6.

résolution pendant sept minutes. Pendant tout le temps des convulsions les yeux étaient fermés et les globes oculaires convulsés en haut et en dedans. Après la période de résolution il rouvre les yeux. Le regard est fixe, hagard. Il regarde devant lui et est bientôt

repris de nouvelles convulsions cloniques qui durent une demi-minute environ.

Arc de cercle latéral. Secousses dans les membres. Résolution d'environ deux minutes. Puis gémissements. Il ouvre légèrement les yeux, a l'air moins égaré, semble comprendre et se dresse sur son séant pendant environ une minute. Mais tout à coup, il se rejette en arrière comme au début de l'attaque en s'arc-boutant sur les épaules et sur les pieds successivement pour bondir ainsi deux ou trois fois, et retomber enfin sur le dos. Surviennent alors des convulsions toniques de tous les membres, avec gonflement du cou, constriction des mâchoires, frémissement des paupières. Au bout de sept minutes il se redresse sur son séant, pousse un grand soupir, entr'ouvre les yeux, puis retombe sur le dos dans un état de

Fig. 7.

résolution complète qui dure quatre minutes. Après quoi, il regarde à droite et à gauche, se dresse sur son séant et se relève complètement. Il arrange le désordre de ses vêtements, se rappelant avoir eu une attaque, mais ne se souvenant pas comment cela lui a pris. Il n'a pas l'air ahuri après son attaque, ni fatigué. Il titube un peu en marchant et on a de la peine à tirer de lui quelques réponses. L'attaque a duré en tout vingt-six minutes.

8 *juillet.* — Etant assis tranquillement sur un banc, il a tout à coup fermé les yeux comme s'il s'endormait, puis a glissé à terre. Au bout de quatre à cinq minutes il entr'ouvre les yeux et tourne la tête à gauche. Frémissement des paupières, pâleur marquée de

la face, regard dirigé en haut. Rigidité complète avec extension pendant deux minutes, suivie d'une courte résolution. Puis frémissements des paupières; les bras s'étendent en croix, les poings

Fig. 8.

fermés, le pouce étendu. Gonflement du cou, battements précipités du cœur; peau moite. Résolution de sept minutes. Il entr'ouvre les yeux, se redresse sur son séant, tourne la tête à droite et à

gauche, puis retombe. Les yeux sont refermés : frémissement des paupières, grimaces de la face, petits soubresauts du ventre et des jambes. Résolution, puis sommeil apparent avec respiration et cœur réguliers, pendant vingt minutes. Il tourne de nouveau la tête à droite et à gauche; frémissements des paupières; les yeux hagards s'entr'ouvrent; frémissements des extrémités; poings fermés. Enfin il retombe dans le calme, comme endormi, le visage un peu coloré, la respiration faible, sans mouvements.

9.— A 7 h. et demie, se trouvant au premier rang des enfants au concert, il se met à genoux tout à coup en fermant les yeux et exécute avec sa tête et ses bras le mouvement du morceau joué. La face est pâle, les mains sont froides. On l'emmène à l'infirmerie, les yeux toujours fermés, en le soutenant sous les bras pour marcher. Jusqu'à 3 h. et demie il reste dans le même état. — Ses parents étant venus le voir, il ne put rouvrir les yeux en leur présence, mais aussitôt après leur départ il fut pris d'une attaque de peu de durée, à la suite de laquelle il rouvrit les yeux en disant : « Je vois clair. » A 7 heures du soir, il était couché dans son lit quand subitement il s'est levé, s'est sauvé en chemise et a passé avec une telle rapidité devant les gens de service qu'on n'a pu l'atteindre tout de suite. On le reconduisit à son lit, et alors il se mit à pleurer et à demander du papier et un crayon pour écrire à son père qu'il voyait clair.

11. — A 8 heures du matin, il était assis dans un fauteuil, quand tout à coup il s'est élancé à travers la salle et est venu se jeter tête baissée contre la porte dans laquelle il donna de violents coups de tête pendant deux ou trois minutes. Puis il s'est relevé lentement et s'est mis à casser les carreaux. On est parvenu à l'étendre par terre où il est resté calme pendant dix minutes, puis il est allé se rasseoir dans le fauteuil.

16. — Attaque à 5 heures du soir, de dix minutes de durée, à la suite de laquelle on le coucha les yeux fermés. Le lendemain, il n'a pas pu rouvrir les yeux. Les paupières sont plissées dans les angles internes et animées de frémissements continuels. On les écarte avec difficulté et on constate que les globes oculaires sont tournés en haut et en dedans, et que les pupilles sont contractées. A 3 heures de l'après-midi, il a une attaque qui dure quatre minutes à la suite de laquelle il a rouvert tes yeux. Le soir, étant debout, ses yeux se sont fermés de nouveau, il a fait une dizaine de pas, s'est déchaussé, a ôté ses bas toujours debout, est resté immobile pendant cinq à six minutes, puis a été pris d'une attaque qui a duré sept minutes. Sa température après l'attaque était de 38°,2, un quart d'heure après 38°. Sommeil agité pendant la nuit.

19.— Pendant le concert du matin, il s'est endormi et cinq à sept minutes après il a eu une attaque qui a duré quatre minutes et

dans laquelle il s'est mordu la langue. Il s'est endormi ensuite

20. — A 2 h. vingt de l'après-midi, étant en classe, il tombe brusquement sur le dos les bras croisés sur la poitrine. Ses yeux se ferment, ses bras s'étendent en croix, les poings fermés. Frémissements des paupières et des muscles de la face. Arc de cercle prononcé. Il ouvre et ferme les yeux à deux reprises. Les yeux sont hagards, puis fixes, et se ferment enfin, et le malade semble assoupi. La durée de l'attaque a été de dix-huit minutes. Il se relève, répare le désordre de ses vêtements et répond à ce qu'on lui demande. Puis tout à coup, après avoir fait quelques pas dans la classe il pousse un cri, tombe le dos dans une vitrine, puis à terre sur le côté droit. Il reste ainsi trois minutes, le corps agité de légères secousses. Petits gémissements. Repos de quatre à cinq minutes. Ses yeux se rouvrent, il se dresse péniblement sur son séant. Il se relève enfin complètement et marche en trébuchant. Il est pâle et respire difficilement. Température à la fin de l'attaque, 38°,2. Une demi-heure après l'attaque, température 37°,9. Deux heures après, température 36°,9.

23. — Nouvelle attaque en présence de l'un de nous. Tombé à terre, il est pris de nouvelles secousses dans tout le corps, surtout du côté gauche. Il se dresse sur le côté droit, se passe la main sur les yeux, déboutonne de la main gauche son gilet. Les traits du visage sont crispés, les yeux fermés. Il ôte sa veste et la jette brusquement loin de lui; puis il retombe sur le dos et est agité de fortes secousses dans tout le corps. Les pieds frappent fortement le sol. Il se tourne sur le côté droit et commence à défaire sa chemise, mais maladroitement. On l'appelle, il ne répond pas. Il défait encore son gilet de flanelle et reste ainsi trois minutes. Les mâchoires sont contractées et les muscles de la face sont agités de petits frémissements. Il se retourne et tombe sur le ventre, les bras en croix, les jambes écartées.— Secousses dans tous les membres et le tronc. Résolution de deux minutes. Il se dresse alors sur son séant en se frottant les yeux, la poitrine et les épaules. Il se met debout, s'étire les bras et s'habille, mais gauchement, automatiquement. Il ne répond qu'au bout de quelques minutes aux paroles qu'on lui adresse. La durée de l'attaque a été de trente-sept minutes.

24.— Attaque de quatre minutes à 8 h. et demie du matin; une seconde de onze minutes à 9 h. trente-cinq.

25.— Attaque de dix-sept minutes à 7 h. et demie; une seconde de douze minutes à 11 h. et demie.

26.—Assis tranquillement au concert du matin, il écoute l'orgue avec recueillement, puis peu à peu il s'endort, et au bout de huit minutes il se lève, se dirige lentement vers l'orgue, les yeux fermés, le visage très pâle. Arrivé devant l'orgue, il se met à genoux et s'approche en se traînant sur les genoux jusqu'au maître de

musique. Il bat la mesure de la tête, et reste ainsi, les mains jointes, environ douze minutes. Le concert fini et sur un appel de son nom, sans même qu'on le touche, il tombe en arrière et a une attaque qui dure quinze minutes.

27. — Au moment de la visite, il est pris dans la cour d'une attaque. Il était assis sur un banc, quand il s'est levé, a tourné deux fois sur lui-même en sautant, puis est tombé raide sur le dos. Au bout de quelques secondes il s'est retourné sur le ventre, les jambes étendues, le bras droit levé. Il se retourne ensuite sur le côté droit, la jambe droite allongée, la gauche un peu écartée ; le bras droit élevé, le gauche allongé en bas, la tête dans l'extension. Il se tourne sur le ventre, puis sur le dos, et encore sur le ventre, les jambes allongées l'une contre l'autre ; le bras gauche allongé le long du tronc, le bras droit perpendiculaire. Il se retourne brusquement de nouveau sur le dos, les jambes allongées, rigides, écartées ; les bras en croix, rigides, les mains fermées, les pouces en dehors, la tête dans l'extension.

Nouvelle attaque. Rigidité très forte, face rouge, yeux en haut. Durée de dix secondes. Ecume blanche, léger stertor. Il se retourne alors brusquement. — 1° Nouvelle période épileptoïde, puis secousses tétaniformes des jambes, surtout de la gauche. — 2° Il se retourne brusquement sur le ventre, puis sur le dos. Il ouvre alors les yeux, paraît étonné, se lève, se plaint de la tête. — Durée dix minutes. T. R. 38°,1. — Un quart d'heure après, T. R. 37°,8. Nouvelle attaque à 10 heures. — T. R. après l'attaque, 38°, 3 ; un quart d'heure après 37°,9 ; deux heures après 37°,1. — Durée dix-huit minutes. A 5 heures et demie, après son dîner, nouvelle attaque. Il bat l'air de ses bras, et reste vingt secondes debout, les yeux fermés ; puis il tombe à terre après avoir sauté deux fois. Il reste tranquille une minute, puis se tourne sur le côté droit les jambes écartées et les bras en croix. Il se frappe la poitrine avec violence de son poing droit fermé ; se met sur les genoux la tête appuyée par terre entre ses deux mains. Il se relève tout debout, reste ainsi une minute et demie et retombe de toute sa hauteur en cherchant à mordre et à égratigner. Résolution de peu de durée.

De nouveau il se dresse sur les genoux, se frappe la poitrine à coups redoublés avec ses deux poings. Frémissements des paupières et de toute la moitié gauche du corps. Gémissements et petits cris. Résolution complète pendant sept minutes. Après quoi il se relève. On lui adresse la parole, mais il regarde d'un air égaré et ce n'est qu'au bout de huit minutes qu'il répond. Durée de l'attaque 35 minutes. T. R., après l'attaque 38°,4 ; un quart d'heure 37°,9 ; deux heures après 37°,6.

30 *août*. — L'un de nous essaie de l'endormir par la pression des globes oculaires, mais sans succès.

31. — Nous essayons de nouveau par le regard. Au bout de

quatre minutes on constate un peu de fatigue du malade, avec des mouvements de déglutition et du larmoiement. A plusieurs reprises nous recommençons sans succès. Même état des pupilles pendant toute la durée de l'expérience.

2 *septembre.* — Nouvelle expérience d'hypnotisation par la fixation d'une baguette de verre, mais sans plus de succès. On essaie de l'endormir par la compression des globes oculaires sans réussir davantage.

Il a ordinairement de l'insomnie, et de la difficulté à s'endormir; sans hallucinations hypnagogiques. Il a des cauchemars mais beaucoup moins souvent que chez lui. Parfois *tremblement* des deux mains, surtout de la gauche. De plus il a quelquefois *des secousses* des deux bras et même de tout le tronc, qui ont beaucoup diminué.

Hallucinations. — Il voit parfois dans le jour comme des souris ou des boules noires qui passent de gauche à droite. Il n'en avait pas chez lui et elles auraient apparu depuis quinze jours seulement. Elles n'auraient d'après lui aucun lien avec les attaques.

Traitement. — Deux douches par jour, gymnastique, école. Il se décide à aller travailler à l'atelier de cordonnerie ce qu'il a toujours refusé jusqu'alors.

31 *octobre.* — Devant le désir de ses parents et le sien on l'envoie en congé renouvelable pour huit jours, au bout desquels il refuse de rentrer à Bicêtre et on lui signe sa sortie.

Réflexions. — I. Nous retrouvons ici les mêmes influences que chez le premier malade : *hérédité* et *alcoolisme.*

II. A treize ans, à la suite d'accidents qui l'avaient fortement impressionné, H... devient sujet à des cauchemars, et au bout d'un mois, éclate la première attaque, suivie d'une seconde, seulement dix mois plus tard. A partir de là, jusqu'en 1887, il a des attaques mensuelles ou bi-mensuelles qui toutes présentent le caractère épileptoïde, d'autant plus qu'il n'y a pas d'aura et qu'elles s'accompagnent de traumatismes sérieux.

III. Nous retrouvons dans les attaques ultérieures précédées d'un *sommeil* plus ou moins long et qui prennent de plus en plus l'allure hystérique, la plupart des symptômes classiques : hémiparésie à droite avec diminution de la sensibilité spéciale et des réflexes rotulien et plantaire du même côté; contracture passagère des muscles des paupières et du sterno-mastoïdien ; défaut d'équilibre par l'occlusion des paupières, modifications du caractère, alternatives de gaieté et de tristesse, idées vagues

de suicide, instabilité mentale, hallucinations, attitude du crucifiement, arcs de cercle ventral et latéral, actes propulsifs et automatiques, tentatives pour mordre et égratigner, etc. [1].

IV. Nous avons vu que ce malade dans ses crises exécutait des *sauts* plus ou moins violents, semblables à ceux des hystériques du sexe féminin. Ces sauts, ces soulèvements ou ces *enlèvements* sont fréquemment signalés dans les écrits sur les démoniaques. En voici quelques exemples :

« Icelle peu après les noces commença d'être misérablement tourmentée par le malin esprit, tellement qu'en quelque part qu'elle fust, mesme au milieu des dames et damoiselles, elle estoit soudain emportée et traînée par les chambres et souventes fois jettée, puis en un coin, puis en l'autre, quoique ceux qui estoient présents taschassent de la retenir et de l'empescher [2]. »

Dans l'épidémie qui a sévi sur les « nonnains enfermées en le comté de Horn... aucunes estoient eslevées en l'air à la hauteur d'un homme et rejettées contre terre... Une d'entre elles fut soulevée en l'air et quoique les observants s'efforçassent l'empêcher et y missent la main toutes fois elle leur estoit arrachée maugré eux, puis tellement rejettée contre terre qu'elle sembloit morte. »

Un point commun aux deux observations, c'est la forme épileptoïde qu'ont revêtu les attaques, soit au début, soit dans le cours de la maladie. Lorsqu'on ne connaît pas les antécédents et qu'on n'a pu assister qu'à une seule attaque, on peut hésiter.

Ces crises isolées s'accompagnent parfois d'une légère élévation de la température, comme dans l'accès d'épilepsie. Mais si les attaques se succèdent pendant une ou plusieurs heures, la température ne s'élève pas, tandis que le même nombre d'accès épileptiques déterminerait au contraire une prompte élévation de la température. Nous avons insisté sur les faits de

[1] Dans les ouvrages relatifs aux possessions on rencontre parfois des exemples de *torticolis spasmodique* : « Lors cet esprit print le métailler — qui l'injuriait — par la tête, laquelle il lui tordit en telle sorte que le devant estoit droitement derrière; dont il ne mourut pas toutefois, mais vesquit depuis longtemps ayant le col *tors* et renversé... » (Taillepied, *Traité sur l'apparition des esprits*, p. 128-130.)

[1] Jean Wier. — *Illusions et impostures des diables*, et Goulart, p. 143 et suivantes.

ce genre à propos de deux hystériques de la Salpêtrière (1), et ces faits méritent d'autant plus d'être rappelés, qu'ils semblent par leur ancienneté relative avoir échappé à l'attention de quelques auteurs récents.

Enfin, à l'occasion de ces deux nouveaux cas d'*hystérie mâle*, nous croyons utile de rappeler ceux que nous avons publiés antérieurement. Ils ont paru soit dans le *Progrès médical*, soit dans les *Archives de Neurologie* et ont été reproduits dans nos *Comptes rendus du service des épileptiques et des enfants idiots de Bicêtre*, le premier avec d'Ollier (1881, t. I, p. 30); le second avec Dauge (t. II, p. 122); le troisième avec Bonnaire (t. III, p. 55); le quatrième avec Bonnaire (t. IV, p. 87); le cinquième avec Leflaive (t. V, p. 164). Dans le tome X (*Compte rendu* de l'année 1889), nous avons publié avec Sollier l'histoire d'*une famille d'hystériques* (p. 159). Enfin, le tome XI renferme trois autres observations (avec Séglas). Ces renseignements pourront être utiles à ceux que tenterait la tâche d'une nouvelle monographie de l'*Hystérie chez l'homme* (2).

(1) Bourneville et P. Regnard. — *Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, t. III, 1879-80, p. 15, 51, 67, 75, 138, 218.

(2) Un possédé du nom de Meiner Clath présenta entre autres phénomènes curieux, le suivant qui rappelle ce que nous avons observé chez Hi...: « Un jour, s'estant jetté dedans un tect à pourceaux, et gardé plus soigneusement que de coutume, il demeura les yeux tellement fermez qu'impossible fut de les desclore. Enfin Gertrude, fille aisnée de Clath, aagée d'onze ans, s'approchant de lui, l'admonesta de prier Dieu que son bon plaisir fust lui rendre la veue. Sur cela Guillaume la requit de prier, ce qu'elle fit et incontinent elle lui ouvrit les yeux, au grand esbahissement de chacun. . . . » (Jean Wier. — *Illusions et impostures des diables*.) Comparer avec ce que nous avons décrit chez Hir... (p. 28, *fig.* 8). (B.).

II.

Idiotie myxœdémateuse : Relevé du corps de Thène..., dit le Pacha (1).

Quand nous avons fait, le 4 avril 1891, le relevé des restes du Pacha au cimetière de Gentilly, en même temps que de cinq autres malades decédés à la même époque, nous avons constaté une différence notable dans l'état des uns et des autres quoiqu'ils eussent été inhumés côte à côte dans le même terrain. Tandis qu'il ne restait plus de ces derniers corps que les os séparés les uns des autres et complètement dénudés, mêlés à un peu d'humus, le corps du Pacha avait conservé sa forme générale ; les os étaient recouverts des parties molles momifiées, la cage thoracique n'était pas affaissée; les vertèbres étaient maintenues entre elles par les ligaments intervertébraux, les côtes fixées à leur partie postérieure et maintenues par les muscles du dos qui étaient conservés. Quand on examine ces parties molles, on constate qu'elles sont imprégnées d'humus avec lequel elles forment complètement corps. Après dessèchement à l'air, ces parties se séparent sous forme de couches concentriques plus ou moins épaisses.

Par contre, les os avaient une consistance beaucoup moindre que celle des autres qui s'effritaient très facilement. Aucune odeur de putréfaction ne s'exhalait de ces restes.

Quoique le cadavre avant l'inhumation n'eut subi aucu-

(1) La première partie de l'observation de Thène..., surnommé le Pacha par ses camarades, a été publiée dans le premier volume des *Comptes rendus* de notre service (1880, t. I, p. 16) ; l'observation complète, avec autopsie, se trouve dans le tome VII, p. 20-46.

ne préparation spéciale, il présentait en somme une véritable momification qui parait bien tenir à l'affection elle-même dont avait été atteint le sujet et non pas aux conditions du terrain où il était inhumé puisque les corps voisins, enterrés à la même époque n'offraient pas du tout le même aspect. Du reste, cette aptitude spéciale à la conservation peut être signalée également pour la tête. Celle-ci ayant été conservée après le décès avec toute ses parties molles a été placée pendant un an dans l'alcool. Depuis cette époque, bien qu'on se soit borné à l'enduire de temps en temps de glycérine phéniquée, elle a pu se maintenir à l'air libre sans qu'on observe la moindre décomposition. Il semble donc qu'il y a là des phénomènes qui tiennent à la composition chimique des tissus myxœdémateux, ce que d'autres faits viendront sans doute confirmer.

III.

De la température centrale dans l'épilepsie ;

PAR BOURNEVILLE.

Dans le numéro du 10 février de la *Revue de médecine*, M. le Dr Duflocq a publié une note intitulée : *De l'épilepsie partielle d'origine sous-corticale*, qu'il a fait suivre de considérations intéressantes au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, et qu'il termine par quelques remarques cliniques dont la plus importante vise les modifications de la température. C'est à l'occasion de ces dernières seulement que nous désirons intervenir dans cette note.

Pendant toute la durée du séjour du malade à l'hôpital, dit-il, l'apyrexie a été complète, le chiffre thermique s'est maintenu très voisin de 37°, sauf le 7 décembre au matin où la température monta à 38°,4 ; cette ascension est restée isolée. Le 7 au soir, le malade a été trop agité pour qu'on puisse prendre sa température, mais il ne m'a pas semblé avoir de fièvre, pas plus que le 8, au moment de son départ.

Et cependant, le nombre des attaques a toujours été très considérable ; le premier jour de la maladie, il y a eu trois ou quatre accès, le lendemain on en comptait une douzaine ; le jour de l'entrée il en avait quatre par heure ; dans la journée du quatrième jour, il y a eu une attaque par heure, mais dans la nuit, de 8 heures du soir à 6 heures du matin, on note dix-neuf crises. Le sixième et septième jour, même nombre considérable d'accès. C'est seulement le matin du sixième jour qu'on note, et d'une manière passagère, 38°,4 de température.

Il y a là quelque chose d'insolite; *ainsi d'après l'Ecole de la Salpêtrière, la température monte toujours pendant l'accès, elle aurait donc dû se maintenir au-dessus de la normale dans un état semblable de crises subintrantes.*

Witkowski s'élève contre cette règle pathologique : La fièvre, écrit-il, est éphémère et dure de quelques heures à quatre ou cinq jours, le maximum coïncide avec l'apogée du nombre des accès ou avec le *sopor*. Nous voyons d'après notre cas que la fièvre peut faire totalement défaut, même quand il s'agit d'accès pour ainsi dire *subintrants* (p. 117).

Les détails de l'observation de M. Duflocq ne nous paraissent pas justifier sa conclusion relativement à l'enseignement de l'Ecole de la Salpêtrière sur la température dans l'épilepsie. Lorsqu'il sagit de l'épilepsie partielle, d'accès comme ceux de son malade, dans lesquels les convulsions sont limitées et la conscience conservée, la température ne subit pas de modifications appréciables. Mais lorsque les accès d'épilepsie partielle augmentent d'intensité, deviennent subintrants, c'est-à-dire se succèdent avant que le précèdent ait parcouru toutes ses phases et se compliquent de perte de connaissance, la température s'élève progressivement. Alors on a affaire à un état de mal de l'épilepsie vulgaire. Au moment où, chez son malade, les accès tendaient à prendre l'allure de l'état de mal, M. Duflocq a noté 38°,4 (1); mais bientôt, le malade allant « beaucoup mieux, redevenant conscient » et répondant correctement aux questions, il peut se faire que la température n'ait pas augmenté. En tout cas, on n'en sait rien, car la température n'a pas été prise exactement matin et soir. Nous ignorons aussi quelle était la température le soir du jour où le matin elle était de 38°,4 (7 décembre); même absence de renseignements sur la température du 8 et du 9 décembre et à l'instant de la mort. Enfin, il est à regretter que les accès n'aient pas été comptés d'une façon régulière, jour par jour.

(1) A la date du 7 décembre, matin, l'auteur indique deux températures, 38° et 38°4. Est-ce une erreur ou s'agit-il d'une température prise avant et après la visite? A-t-on pris la température centrale, ou s'est-on contenté de la température axillaire?

Ces lacunes auraient dû engager M. Duflocq à s'abstenir de toute réflexion au sujet de la température et, à l'occasion d'un fait incomplet, de mettre en doute une notion clinique qui s'appuie sur des faits très nombreux.

II.

En 1869 (1) et en 1870, nous avons cité quelques observations thermométriques montrant que les accès isolés d'épilepsie déterminaient une élévation de la température (2). En 1872, nous relations de nouveaux faits confirmant les premiers (3). Depuis cette époque, soit à la Salpêtrière, dans les services de nos maîtres MM. Charcot et Delasiauve, soit à Bicêtre dans notre service, nous avons pu vérifier l'exactitude de la règle posée par nous, à savoir que *l'accès d'épilepsie augmente la température.* Nous n'avions pas cru nécessaire de revenir spécialement sur un fait qui nous semblait démontré et que M. Charcot avait d'ailleurs rendu classique par son enseignement, lorsque, en 1886, M. Witkowski a publié un mémoire (4) dans lequel il contestait les règles que nous avions cru devoir formuler sur la marche de la température dans l'épilepsie. Nous avons été ainsi amené à publier de nouveaux documents sur la température dans les *accès isolés d'épilepsie,* dans les *accès sériels* et dans les *accès subintrants (état de mal).*

En ce qui concerne les *accès isolés,* nous avons rapporté

(1) *Revue photographique des hôpitaux de Paris,* 1869, p. 164, et *Société anatomique,* 1889, p. 152.

(2) *Études de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques maladies de l'encéphale.* Thèse de Paris, 1870, p. 108.

(3) *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux,* 1870-71.

(4) Witkowski (L.), — *De la fièvre épileptique et de quelques autres questions cliniques concernant l'épilepsie.* (*Berliner Klin. Wochenschrift,* nos 43 et 44, octobre 1886.)

dans le *Progrès médical* (1) des observations thermométriques se rapportant à 60 malades différents, et dans les *Archives de neurologie* (2) 109 autres observations, se rapportant aussi à des malades différents. Ces 169 faits concordants aboutissaient aux mêmes conclusions que les anciennes. Ces deux notes, qui ont été reproduites dans nos *Comptes rendus* de Bicêtre pour 1886 (p. 226-250) et 1887 (p. 187-195), ont été pleinement confirmées par un travail très intéressant de M. le Dr Lemoine, reposant sur 182 cas (3).

Relativement à la température centrale dans les *accès sériels* et l'*état de mal*, les observations que nous avons consignées dans notre réponse à M. Witkowski, corroboraient pleinement l'enseignement de l'École de la Salpêtrière. M. Duflocq, citant l'auteur allemand, aurait peut-être dû dire que ses critiques avaient été réfutées. Nos recherches de 1886 et 1887 confirmant les recherches antérieures, nous n'aurions pas relevé les assertions de M. Duflocq, si M. Charcot ne nous l'avait conseillé, nous rappelant avec juste raison que pour vulgariser un point quelconque de la science, il fallait y revenir sans cesse. Nous allons donc exposer ici un certain nombre de faits inédits.

III.

A. Température centrale dans les accès d'épilepsie. — La plupart des résultats thermométriques que nous résumons dans le tableau ci-après ont été constatés chez des malades qui ne figurent pas dans nos publications antérieures. Toutes les températures ont été prises ultérieurement, c'est-à-dire, de 1888 à ce jour.

(1) 1886, t. IV, p. 1029, 1051 et 1887, t. VI, p. 157.
(2) 1887, t. XIII, p. 209.
(3) *Progrès médical*, 1888, t. VII, p. 84.

Noms des malades.	Température. Au moment de la période de stertor.	Un quart d'heure après l'accès.	Deux heures après l'accès.
Ambl...	37°	37°4	37°2
Anserb...	38	36 7	36 2
Aub...	37 8	37 7	37 4
Aubis.	37 4	37 2	37
Belbet...	28 2	37 5	37 2
Ben...	37 5	37 5	37
Behla...	37 9	37 5	37 2
Bern...	37 7	37 5	37 4
Bill...	37 6	37 3	37 5
	37 8	37 5	37
	38 2	38 6	37 5
Bo...	37 9	37 5	37 1
Boug...	37 1	36 6	36 6
Cail...	37 6	37 3	37 2
Cam...	37 8	37 5	37
	37 8	38 2	37 3
Colomb...	37 8	37 5	37 1
Cuet...	37 9	37 6	37 1
Daus...	37 8	38	37 6
	37 2	37 8	37
Dav...	37 8	37 6	37 2
Doist...	37 8	37 8	37 7
Duf...	37 2	36 9	36 9
	38	37 7	37 5
	38 9	38 6	38 2
Far...	38 7	38 1	37 9
Fringn...	38 7	38 1	37 9
Gaut...	38 4	38 2	33 5
G...	38 4	38	33 5
Glaud...	36 8	36 2	36 2
Guit...	37 6	37 8	37 5
Joucl...	38	37 6	37
Kasn...	38	38 2	37
	37 1	36 7	36 8
Laco...	38	37 4	37
	37 4	37	37
	37 8	37 4	37
Lau...	38 4	37 1	37 5
	38 2	37 5	37 1
Lelo...	37 9	37 5	37
Ler...	37 3	37 3	36 8
Lion...	38 3	38 1	37 9
Lesauln...	38 3	38 1	37 7
Mamf...	38 9	38 1	37 6
	38 4	38 3	38 2
Musl...	37 9	37 5	37 2
Mat...	38 7	38 1	37 4
Merit...	37 7	37 4	37 2
Merl...	37 3	37 8	37
Messag...	37 7	37 5	37

Nom des malades.	Température. Au moment de la période de stertor.	Un quart d'heure après l'accès.	Deux heures après l'accès.
Meyr...	37 0	37 0	37 0
Mico...	38 3	38	37 7
Mort...	37 4	37	37
Patel...	38	37 9	37 1
Pin...	37 9	37 5	37 1
	37 7	37 2	37 2
Plo...	38 1	37 9	37 5
Ram...	38 3	38	37 8
	38 3	38 8	38
Ren...	37 9	37 5	37 2
Bent...	38 2	38 2	38
	38	38	37 8
Revil...	37 4	37 2	37
Riss...	37 5	37 2	36 9
Roussel...	38 2	37 9	37 3
	37 9	37 7	37 5
Bo...	38	37 8	37 8
	37 7	37 4	37 1
Schil...	37 5	37 1	37
Sert...	38 6	37 6	37
Sadmel...	37 4	37 3	37
Tae...	38	37 2	37
The...	38 7	38 3	37 9
	37 7	37 4	6 9
Thira...	37 7	36 8	36 1
	37 9	37 4	37 1
	38 1	38	37 5
Thire...	38 5	38 2	37 8
Vander...	37 9	37	37
Vesse...	38	37 5	37
Vien...	38 4	38 3	38
	38 1	37 7	37 2
Wag...	37 9	37 5	37 2
	38 3	37 8	37 1
Weiss...	37 6	37	37
Wik...	38 4	38 2	37 7

Tous ces faits, au nombre de 66, montrent que, sous l'action de l'accès épileptique, la température s'élève. Dans un certain nombre de cas, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'élévation de la température ne se manifeste pas à la fin de l'accès, elle est un peu plus tardive. C'est ce qui a eu lieu dans les huit cas suivants.

Noms des malades.	Température. Au moment de la période de stertor.	Un quart d'heure après l'accès.	Deux heures après l'accès.
Bor...	37°	37°9	36°9
Dauss...	37 8	38	37 6
Guit...	37 6	37 8	37 5
Lele...	37 9	38 5	37 2
Larw...	37 9	38	37 1
Masb...	37 6	38 1	37 5
Merli...	37 3	37 8	37
Nest...	37 2	37 4	36 1

Ces irrégularités, ainsi que les différences que nous trouvons d'un malade à l'autre ou chez le même malade, dans le degré de l'élévation de la température, peuvent être attribuées à ce que les accès n'ont pas toujours la même intensité et la même durée. Quoi qu'il en soit de cette particularité, nous nous croyons encore en droit de maintenir nos précédentes conclusions :

1° *Les* ACCÈS ISOLÉS *d'épilepsie augmentent la température centrale* ; 2° *cette augmentation varie entre un dixième de degré et un degré et demi, quelque fois davantage* ; *elle est en moyenne de 5 à 6 dixièmes de degré.*

B. De la température dans les accès sériels d'épilepsie. — On sait que, chez certains malades, les accès se présentent non pas isolément, mais par séries. Le même jour on note deux, trois, quatre,... dix accès ou même plus ; *ces accès sont séparés par des intervalles plus ou moins longs,* mais DURANT LESQUELS LA CONNAISSANCE REVIENT TOUJOURS. En général, les malades qui ont des accès sériels restent plusieurs semaines sans avoir de crises. Ces séries peuvent d'ailleurs s'observer chez tous les épileptiques. En pareil cas, la température se comporte presque absolument de la même façon que dans les accès isolés. L'élévation thermométrique n'est quelquefois pas plus élevée après le dixième accès qu'après le premier.

1° Doist..., 5 accès dans la journée. T. R. 38°,2. Douze heures plus tard, 38° ; dix-huit heures plus tard, 37°,8.

2° Anzenb..., 15 accès. T. R. 38°. Dix-huit heures après, 37°,3.

3° Hug..., 20 accès. T. R. 38°,6. Au bout de douze heures après le dernier accès, 38°, et au bout de dix-huit heures, 37°,6.

4° Hœgel..., 9 accès. T. R. 38°,3. Douze heures après le dernier accès, 37°,8, et 37°,6 dix-huit heures après la fin de la série.

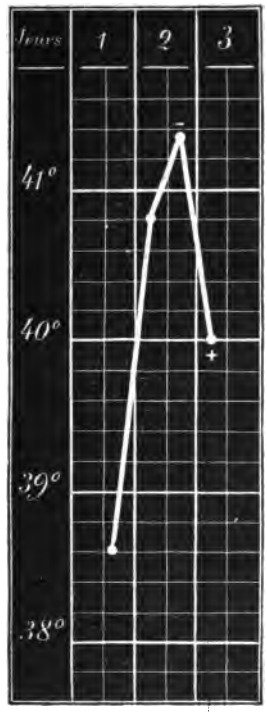


Fig. 7. — Température dans un état de mal limité à la période convulsive Le signe — correspond à la T. aussitôt après la mort; le signe † à la T. huit heures après la mort.

Entre les *accès sériels*, dont nous venons de citer quelques exemples, et l'*état de mal*, il y a naturellement des cas intermédiaires. L'ictus épileptique, plus violent, déterminant des troubles généraux plus graves, on est sur les

frontières du véritable état de mal. C'est ce qui s'est produit chez les malades suivants :

1° Lecom..., 15 décembre : 15 accès ; après le 4e accès, 37°,6,

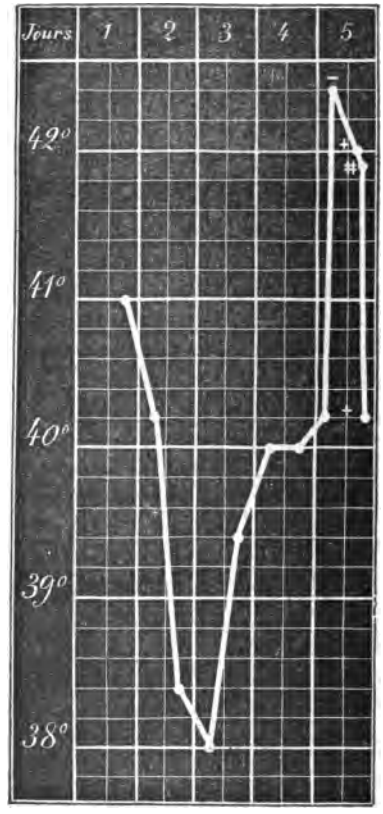


Fig. 8. — Température dans un état de mal terminé par la mort à la période méningitique. Le signe — correspond à la T. une demi-heure avant la mort; le signe + à la T. un quart d'heure après la mort; le signe ++ à la T, une heure après; le signe inférieur à la T. deux heures après.

après le 10e, 38°,2 ; après le dernier, 39°. Le 16 décembre, six heures plus tard, T. R. 38° ; douze heures plus tard, T.R 37°,8, etc.

2° Sert..., 4 mars 1890 : 18 accès. La T. R. s'élève progressivement à 39° ; les accès disparaissent et on trouve, le 5 mars, matin, 38°,8, le soir, 38°,6 ; le 6 mars, 38°,8 et 38°,6, le 7 mars, 38° et 37°,6.

Chez tous ces malades, la connaissance revenait dans l'intervalle des crises. Toutefois chez les deux derniers, l'abattement et l'hébétude, joints à l'élévation de la température qui s'accusait, pouvaient faire craindre l'éclosion d'un état de mal.

C. De la température dans l'état de mal épileptique. — « *L'état de mal épileptique*, répéterons-nous, est caractérisé: 1° par la répétition, en quelque sorte incessante, des accès qui, souvent, deviennent *subintrants*; 2° par un collapsus variable en degré pouvant arriver jusqu'au coma le plus absolu, *sans retour de la lucidité*; 3° par une hémiplégie plus ou moins *complète* et passagère ; 4° par la fréquence du pouls et de la respiration ; 5° et surtout par une *élévation considérable de la température*, élévation qui persiste dans les intervalles, d'ailleurs brefs, des accès et s'accroit même quand ils ont cessé. » Nous n'avons pas à refaire ici la description clinique de l'état de mal ; nous devons nous borner à l'examen de la marche de la température. Toutefois, pour plus de clarté, nous rappellerons que nous avons distingué dans l'état de mal épileptique complet deux périodes : une *période convulsive* et une *période méningitique*.

Dans certains cas, l'état de mal est constitué exclusivement par la première période. Alors, ainsi que le montre la *figure* 1, la température s'élève rapidement et peut atteindre 41° et même 42°.

D'autres fois, après une ascension considérable de la température, correspondant à la période convulsive, les accès disparaissant, on voit les symptômes s'amender en même temps que la température diminue (*fig.* 7) ; puis survient la période méningitique qui peut se terminer par la mort (*fig.* 8) ou par la guérison (*fig.* 9). Dans ce der-

nier cas, tous les symptômes disparaissent peu à peu, la connaissance revient et la convalescence marche promptement (1).

L'état de mal ne s'établit pas toujours d'emblée; on note des variétés. Il peut arriver qu'on observe plusieurs séries, d'abord assez éloignées, ensuite se rapprochant, au point

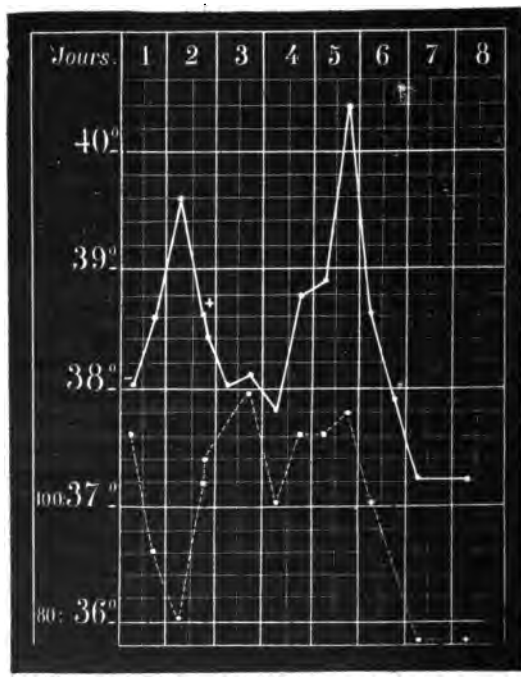


Fig. 9. — Tracé de la température rectale dans un cas d'état de mal type, terminé par la guérison. Le signe — correspond à la T. prise deux heures après le début (12 accès); le signe + à une rémission (1 seul accès dans les cinq dernières heures.)

de constituer en quelque sorte une ébauche du véritable état de mal. Mais, bientôt, les rémissions plus ou moins

(1) Ces trois figures sont empruntées à notre mémoire paru dans le *Progrès médical* de 1887.

courtes qu'on avait notées disparaissent et l'état de mal classique se développe.

C'est souvent sous cet aspect que les choses se présentent dans l'*épilepsie partielle*. Nous pouvons invoquer à cet égard trois observations très curieuses qne nous avons publiées à des époques différentes (1). L'une d'elles, celle de l'enfant Merl..., est comparable, sous bien des rapports à celle de M. Duflocq. Nous y trouvons en premier lieu des *accès sériels*, qui justifient ce que nous avons dit plus haut, comme on le voit par le tableau suivant:

Février.	Accès.	Matin.	Soir.
12	23	37 0	38 0
13	6	37 7	37 8
14	8	37 9	37 8
15	8	37 9	37 8
16	25	38 1	38 1
17	4	37 9	38 7
18	5	38 5	38 9
19	2	37 7	37 8
20	1	37 7	38 2
21	21	37 8	38 2
22	6	37 8	37 1
23	8	38	

Nous y trouvons en second lieu des accès sériels aboutissant à une ébauche d'état de mal (*loc. cit.*, p. 563) et enfin un état de mal complet avec élévation considérable de la température (41°) et se terminant par la mort. Dans l'état de mal de l'épilepsie partielle, les accès offrent d'abord leurs caractères ordinaires; les convulsions, par exemple, sont limitées au côté gauche de la face et à l'épaule correspondante (cas de M. Duflocq), puis envahissent toute la moitié du corps du côté malade et enfin peuvent se généraliser.

Voici quelques nouveaux exemples de la marche de la température dans l'état de mal ordinaire.

1° Her... J.J. Pas d'accès du 12 au 16 décembre. Dans la nuit du 17 au 18, on compte 40 accès et 114 vertiges. Le

(1). Obs. de Laulai... (*Mém. de la Société de biologie*, 1876. p. 163); obs. de Merl... (*Société anatomique*, 1876, p. 558); obs de Grar... (*Compte rendu du service des enfants de Bicêtre*, pour 1884, p. 1, et *Archives de neurologie*, 1884, t. VIII, p. 295).

malade est sans connaissance. A partir de là jusqu'à sa mort, il n'a pas eu de nouveaux accès.

	Matin.	Midi.	Soir.
18 décembre	39°3	»	39°8
19 —	39	40°7	40°8
20 —	41		

Le malade meurt le 20 avec une température de 42°.

2° Met..., Léon, dix-sept ans, pas d'accès du 14 au 15 novembre 1888. Le 19 au matin, il a 6 accès subintrants. T. R. 38°,8. Après deux derniers accès, T. R. 38°,8. A sept heures et demie, 39°; — à neuf heures, mort. T. R. 40°,8.

3° Regn..., Paul, dix-neuf ans. Pas d'accès le 14 et le 15 juin 1889. Le 16, 10 accès : T. R. 37°,8 le soir. 17 juin : 8 accès ; T. R. 39° ; soir : T. R. 38°,9. 18 juin : T. R. 38°,3 et 38°,4. 19 juin : T. R. 39°,3 et 40°. 20 juin : T. R. 40°, 5. Le malade meurt à une heure et demie de l'après-midi avec T. R. 40°,6 ; un quart d'heure après, 40°,9.

4° Brab... a des séries d'accès le 23 et le 24 mars. Dans la nuit du 24 au 25, on compte 60 accès. L'état de mal est constitué. T. R. 36°,8. Soir : T. R. 40°,2. — 26 mars : 17 accès. T. R. 40° et 41°,1. — 27 mars : pas d'accès ; T. R. 40° et 41°. — 28 mars : 40°,9 et 42°,1 au moment de la mort. Un quart d'heure après, 42°,4.

Multiplier les exemples nous serait facile ; ceux qui précèdent nous paraissent suffisants pour démontrer que l'*état de mal épileptique* s'accompagne constamment d'une *élévation considérable de la température* (1).

De l'ensemble des faits qui composent cette note, il résulte, croyons-nous, que nos conclusions antérieures, en ce qui concerne la température centrale dans les *accès isolés*, les *accès sériels d'épilepsie* et dans l'*état de mal épileptique* conservent toute leur valeur et que, à cet égard l'enseignement de l'École de la Salpêtrière est parfaitement justifié (2).

---

(1). Consulter aussi la thèse d'un de nos élèves : Leroy. — *De l'état de mal épileptique*. — Paris, 1880.

(2) Voir Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 1re édition, 1873 ; — *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1885, p. 151 ; — *Leçons du mardi*, t. I, p. 413 ; t. II, p. 113.

IV.

Idiotie complète symptomatique de sclérose atrophique double des circonvolutions motrices. — Contracture des quatre membres;

PAR BOURNEVILLE et SOLLIER.

Perr.. Marie Madeleine, âgée de 14 ans, est entrée à la Fondation Vallée le 8 juin 1891. (Service de M. le Dr BOURNEVILLE) et est décédée le 10 juin 1891.

Cette enfant n'ayant pas été visitée nous n'avons aucun renseignement sur les *antécédents héréditaires* ni *personnels*.

Etat actuel. — *Tête* assez volumineuse. — *Crâne* symétrique, sutures et fontanelles complètement fermées. Pas de proéminence appréciable des bosses frontales et pariétales. — Cheveux longs, secs, irrégulièrement implantés, châtains foncés. Pas de lésions du cuir chevelu. *Front* bas, un peu fuyant, étroit, aplati latéralement. Arcades sourcilières proéminentes dans leur moitié externe. *Sourcils* peu fournis, très distants l'un de l'autre, châtains foncés. *Yeux* profondément enfoncés sous l'arcade. Pas de lésions de la conjonctive, ni de la cornée. La sensibilité cornéenne paraît presque nulle. Pas de strabisme. Pas d'inégalité pupillaire, ni de nystagmus. Les globes largement découverts sont fixes et ternes. Cils longs et arqués. *Nez* grand, aquilin, effilé. Narines pincées, animées de petits battements. Sous-cloison un peu saillante, cloison non déviée Pas de lésions de la muqueuse. *Bouche* sèche, lèvres entrouvertes et pâles. Lèvre supérieure courte, mince, laissant les dents à découvert. Lèvre inférieure peu épaisse, comme attirée en dedans. Fente buccale très large. Commissures non déviées. — *Menton* droit; sillon mento-labial à peine marqué. — *Joues* maigres. Peau sèche, pâle. — *Oreilles* très grandes,

très écartées, le pavillon regardant presque directement en avant. Lobule non adhérent, séparé brusquement de l'hélix et de l'anthélix par une sorte de ressaut transversal. Voici les *dimensions de la tête* :

Circonférence horizontale maxima	45 1/2
1/2 circonférence bi-auriculaire	27
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	16
— bi-auriculaire	9 6
— bi-pariétal	12 1/2
Hauteur du front	4 1/2

Cou allongé. Pannicule adipeux peu abondant. Saillie des muscles sous la peau. — Circonférence : 22 cent. — Pas de cicatrices; pas d'adénites cervicales. — *Corps thyroïde* peu volumineux. — Pas de lésion de la colonne cervicale.

Thorax grêle, étroit, aplati latéralement. — Pas de déformation du sternum. Léger épaississement des articulations chondro-costales. Pas de courbures anormales du rachis dans les 2/3 supérieurs de la région dorsale, mais légère courbure de la partie inférieure, participant à la lordose lombaire qui est assez prononcée.

Cœur normal; battements faibles et précipités. — *Poumons*. Murmure vésiculaire très affaibli. Submatité légère à la percussion du côté droit.

Abdomen rétracté. — Ombilic déprimé. — Un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de tuméfaction notable de la rate. — Pas de gonflement du foie. — Commencement d'eschares au niveau des saillies du bassin en arrière.

Membre supérieur droit. Contracture se traduisant surtout par l'adduction et la flexion, avec rotation en dedans. — Le bras est collé au tronc. Les mouvements passifs sont très limitées; les adducteurs forment une corde sous la peau. Le bras est extrêmement maigre. — L'avant-bras est en demi-flexion et en demi-pronation. — La flexion est produite surtout par la contracture du long supinateur qui se dessine sous la peau. — Déformations très prononcées de la main. Flexion extrême de la main sur l'avant-bras, presque à angle droit. Extension forcée des premières phalanges sur le métacarpe, et flexion forcée des deux dernières. Griffe par contracture des interosseux et des fléchisseurs. Pouce en adduction forcée, avec flexion de la première phalange et extension de la deuxième, d'où presque subluxation.

Membre supérieur gauche. Les déformations sont absolument semblables. — Les contractures sont cependant un peu moins prononcées, et les mouvements passifs un peu plus étendus. Pas de lésions osseuses, ni articulaires. Doigts longs éffilés, cyanosés. — Pas de troubles trophiques cutanés.

Membres inférieurs également très déformés. Adduction très marquée de la cuisse avec demi-flexion et à droite légère rotation en dedans. Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Pied en varus équin. L'attitude générale est telle que le membre inférieur droit croise complètement le gauche, les cuisses collées l'une contre l'autre, le genou droit reposant par la partie interne sur le plan du lit en dehors du genou gauche. Emaciation extrême. Le membre gauche est également en adduction, mais la flexion et la rotation en dedans sont moins prononcées. A part cela mêmes déformations. Pied en varus, aussi marqué que du côté droit. Flexion marquée des orteils.

En raison de l'état de cachexie de la malade il est impossible de se rendre compte des mouvements volontaires des membres supérieurs, non plus que de la marche.

La *sensibilité générale* et les *sens spéciaux* sont également impossibles à explorer en raison de l'hébétude du sujet.

Membres supérieurs.

	Droit	Gauche
Circonf. au niveau de l'aisselle.....	12	12 1/2
— à 10 c. au-dessus de l'olécrâne..	10	10
— à 10 c. au-dessous.....	10 1/2	11
— au niveau du poignet.....	9	9 1/2
— — métacarpe	10	11
Distance de l'acromion à l'olécrâne..	22	22
— de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus.....	14 1/2	14

Membres inférieurs.

	Droit	Gauche
Circonf. au niveau de l'aine.....	21 1/2	21
— à 10 c. au-dessus de la rotule..	15	16
— à 10 c. au-dessous.....	13	14
— au niveau du cou de pied au-		
— dessus des malléoles.....	18	18
— à la partie moyenne du pied.....	14	15
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne du genou..	29	31
— de cet interligne à la malléole externe	24	25
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	12	12

Puberté. — Glandes mammaires non développées. — Aréole très pâle. Mamelon non saillant. — Pas de poils sous les aisselles. — Pénil saillant, recouvert de poils longs, châtains foncés, assez nombreux. — Poils nombreux sur les grandes lèvres, qui sont notablement pigmentées et assez épaisses. — Petites lèvres courtes. — Capuchon à peine marqué ainsi que le clitoris. Hymen boursouflé.

8 *juin.* — A l'arrivée de l'Asile clinique (Ste-Anne), état typhoïde très prononcé. — Bouche demi-entrouverte, sèche. Pâleur extrême. Yeux vagues et ternes; sans modifications de la pupille. Respiration très faible. Peau chaude. — Pas d'éruption d'aucune sorte. Un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La palpation à ce niveau ne semble pas douloureuse. — Pas de tuméfaction de la rate. Ventre plutôt rétracté. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Langue sèche, rôtie, recouverte d'un enduit fuligineux. Rien dans le pharynx, ni aux amygdales. — Dysphagie buccale très prononcée par suite des fuliginosités et des mucosités. — Impossibilité presque absolue de faire prendre quoi que ce soit à l'enfant. — *Soir* : T. R. 40°, 5.

9 *Juin.* — Ce matin 38°, 5. Pouls plus lent. Même torpeur. Pas d'excitation, pas de convulsions. — Respiration suspirieuse ; pas de toux, ni vomissements, ni diarrhée. — Sulfate de quinine. — Potion de Todd. Limonade citrique. — Lotions vinaigrées. — *Soir* : 39°,6. L'enfant meurt dans la nuit. Température après la mort, 37°, 2; un quart d'heure après, 36°, 7; une heure après, 37°, 3. Poids après décès, 11 kilogr, 200.

AUTOPSIE. — Elle a été pratiquée 32 heures après la mort.

Cou et thorax. — Corps thyroïde sain (13 gr.) — Pas de thymus. — *Poumons* : droit (140 gr.) ; et gauche (130 gr.) *Cœur* (80 gr.) normal. — *Rate* (50 gr.) saine. — *Foie* (400 gr.) un peu pâle et graisseux ainsi que le *Tube digestif* : œsophage, estomac et intestins normaux. — *Pancréas* (30 gr.). — *Utérus* ; volume d'un haricot ; cavité réduite à un petit interstice de 8 millimètres de long environ. — Les ovaires ont leur dimension et leur situation naturelles et ne présentent rien à la coupe. — Trompes normales de même que la vessie; pas de calculs. La mort paraît être due à un état adynamique de cause inconnue.

Tête. — Calotte crânienne ; épaisseur normale, un peu dure. Base du crâne manifestement asymétrique, plagiocéphalie.

Apophyse crista-galli : 15 millimètres de large, sur 1 millimètre de haut et 6 millimètres d'épaisseur. — *Corps pituitaire* normal (du volume d'un pois). — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité normale. Vaisseaux et nerfs de la base symétriques. Les *sutures* sont très apparentes, finement dentelées ; on les distingue très nettement dans toute leur longueur aussi bien à la face interne qu'à la face externe. — Les *méninges* sont assez congestionnées. Le long de la scissure de Rolando depuis sa jonction avec la scissure de Sylvius jusqu'au bord supérieur de l'hémisphère il existe trois petits kystes remplis d'un liquide séreux et développés aux dépens de la pariétale ascendante.

Encéphale	880
Hémisphère céréb. droit	360
— — gauche	365
Hémisphère cérébel. droit	70
— — gauche	70
Bulbe et protubérance	15
Moelle épinière	30

Hémisphère droit. — La *pie-mère* est mince et la décortication se fait facilement ; pas d'adhérences. La *pariétale* ascendante est invisible sur la face ext-rne et pour la voir il faut écarter les lèvres de la scissure de Rolando. — La *frontale ascendante* présente à peu près la même disposition dans sa partie supérieure, mais *elle est réduite de la moitié de son épaisseur* dans sa partie moyenne. F_1, de volume normal, divisée par un léger sillon en deux branches au niveau de son pied, envoie ensuite une anastomose assez volumineuse vers sa partie moyenne à la F^2 qui présente une encoche quadrilatère pour la recevoir ; elle envoie une seconde anastomose à F^2 avant d'arriver à l'extrémité antérieure de l'hémisphère ; puis, après avoir présenté une légère encoche, elle se replie sur la face interne et vient se confondre de nouveau avec l'extrémité de F^2. La *base* présente un développement assez considérable dès son origine. Grâce à l'atrophie de F. A. le sillon qui sépare son pied de cette circonvolution est très large. Elle forme tout d'abord une grosse masse quadrilatère parcourue par des sillons superficiels, s'amincit ensuite pour former en haut l'encoche destinée à l'anastomose de F^1 et se replie autour d'un sillon profond émané du sillon qui la sépare de F^3. Elle se renfle de nouveau en une masse quadrilatère parcourue par des sillons superficiels ; elle se confond enfin avec F^1, F^3. Cette circonvolution est bien développée ; après avoir formé

l'M majuscule classique, elle se replie autour d'un sillon horizontal qui n'aboutit pas tout-à-fait à la scissure de Sylvius formant, au-dessus de lui, une crête composée de 3 saillies et au-dessous, une circonvolution régulière formant le bord de l'hémisphère. F. A. n'est apparente que dans sa partie moyenne, elle est complètement atrophiée dans sa partie inférieure où sa jonction avec F^3 forme une encoche assez profonde. Grêle dans sa partie moyenne où elle a la forme d'un S italique allongée, elle reste au-dessous du niveau des autres circonvolutions. Au-dessus, dans son tiers supérieur enfin, elle est réduite à une lamelle grisâtre d'un à deux millimètres d'épaisseur, enfouie au fond du sillon de Rolando dont on est obligé d'écarter les lèvres pour l'apercevoir. — P. A. est tout à fait cachée au fond du sillon de Rolando; elle forme inférieurement une petite saillie globuleuse qui en constitue le pied et au-dessus de laquelle elle se réduit dans toute sa hauteur en une étroite bandelette de 1 millimètre environ d'épaisseur qui se perd en haut sur le bord de l'hémisphère. — Le *lobule pariétal supérieur* est constitué par des circonvolutions un peu plus grêles qu'à l'état normal. — Il forme d'abord une masse sinueuse qui se replie en s'amincissant inférieurement autour d'un sillon assez profond parti du bord supérieur de l'hémisphère, et se divise en deux petites circonvolutions séparées par un sillon superficiel pour aller enfin s'anastomoser avec le lobe occipital. — Le *lobule pariétal inférieur* est au contraire très développé et présente une disposition en éventail; la scissure inter-pariétale qui les limite décrit en effet une courbe sinueuse, régulière; d'autre part la scissure parallèle très profonde se termine par un infundibulum au centre de cette courbe et de cet infundibulum partent des sillons plus ou moins profonds qui donnent au lobule la disposition d'un éventail.

La 1e *temporale* est très développée de même que la 2e.

La *scissure de Sylvius* est profonde et en écartant ses lèvres on ne distingue pas les circonvolutions de l'insula qui sont atrophiées.

Le *lobe occipital* ne dénote rien de particulier.

Les circonvolutions de la face interne et de la face inférieure sont bien développées et semblent normales. En raison de l'atrophie de P.A. et F.A. le lobule paracentral est impossible à découvrir même à l'état de vestige. — Les *noyaux gris* sont bien développés mais il existe un petit *foyer* destructif à la partie moyenne du noyau lenticulaire, paraissant intéresser la capsule interne à sa partie postérieure. — Les *trois*

petits kystes mentionnés plus haut le long de la pariétale ascendante ne laissent aucune trace une fois les méninges enlevées.

Hémisphère droit. — Les circonvolutions présentent, sauf de très légers détails la même disposition et les mêmes lésions que sur l'hémisphère gauche. C'est également sur les deux circonvolutions ascendantes que porte la sclérose et elle y affecte la même disposition. — F.A. est en effet en partie conservée dans sa partie moyenne et atrophiée, au contraire, d'une façon excessive dans ses tiers inférieur et supérieur. — P.A. est *atrophiée* dans toute son étendue. — Le lobule paracentral, se montre ici sous la forme d'un petit bourgeon scléreux, gros comme un pois.

Les noyaux gris n'ont rien de particulier. — En somme la sclérose porte d'une façon exclusive sur la zone motrice des deux côtés, sauf dans une partie limitée de la région moyenne correspondant aux mouvements des membres inférieurs.

Cette observation est à rapprocher de celle publiée l'année dernière dans le *Compte-Rendu du service*, par l'un de nous et M. Morax, sous le titre d'*Idiotie symptomatique de sclérose atrophique* (1).— La distribution de la sclérose est absolument la même et occupe les deux circonvolutions motrices ascendantes des deux côtés. Les autres parties du cerveau paraissent au contraire indemnes. — Il y a en quelque sorte là une *sclérose systématique du cerveau*, analogue à celles de la mœlle.

A l'œil nu la mœlle ne présentait pas de sclérose descendante des cordons latéraux, mais un examen histolo- complet serait nécessaire pour affirmer sinon leur intégrité, peu vraisemblable d'ailleurs, tout au moins le faible degré de leurs lésions. Il est en effet à remarquer que dans ce cas où cependant l'atrophie des circonvolutions motrices est aussi complète que possible, où ces circonvolutions sont extrêmement réduites de volume, d'un gris transparent, et cela non par ilots mais sur toute leur étendue, on n'observe pas de grosses lésions descendantes

(1) *Compte-rendu* de 1890, p. 33.

de la moelle à l'œil nu, quoique les phénomènes de parésie et de contracture soient très intenses et comparables à ceux qui se développent à la suite de lésions acquises pendant l'âge adulte dans les mêmes points du cerveau.

Les lésions que nous observons ici étant vraisemblablement congénitales il est permis de supposer qu'il existe une certaine suppléance des centres moteurs ainsi atteints et détruits.

Il faut remarquer enfin que ces cas semblent différer de l'hémiplégie cérébrale infantile double ordinaire, qui s'accompagne presque toujours d'accès épileptiformes, tandis que dans ces cas il ne parait y avoir aucun phénomène d'irritation, aucune décharge motrice sous forme de convulsions ou d'épilepsie. Toutefois, nous devons faire une réserve, en raison de l'âge des enfants, car, parfois, ce n'est qu'à un âge plus avancé que le leur que se produisent les accidents convulsifs.

V.

Epilepsie; manie; exostose du fémur;

PAR BOURNEVILLE et ISCH-WALL.

SOMMAIRE. — *Père, violent, nombreux excès de boisson. — Cousine paternelle épileptique. — Tante maternelle morte de convulsions. — Tante paternelle morte phthisique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans.*
Asphyxie légère à la naissance. Convulsions à 8 ans. — Intelligence ordinaire jusqu'à 8 ans ; alors peurs durant le sommeil (cauchemars). — Trois semaines plus tard, peur vive, suivie au bout d'un mois du premier accès épileptique. — Marche des accès avant l'entrée. — Onanisme. — Voracité. Excitation maniaque fréquente. 1880 : Érysipèle bulleux. — Bromure d'éthyle, paraplégie toxique. Hydrothérapie. — Acide sclérotinique. — Action de ces divers agents sur la marche des accès. — Accidents méningitiques consécutifs à des séries ou à un état de mal ; déchéance. Gâtisme. — Périodes mélancoliques. (1885). Etat de mal ; broncho-pneumonie gangréneuse ; mort.
Autopsie. — Adhérences de la pie-mère. — Aspect chagriné de quelques circonvolutions. — Description du cerveau. — Exostose du fémur.

Schad... Philippe, né le 6 avril 1864, est entré à Bicêtre, le 16 Mars 1874 (service de M. le Dr BOURNEVILLE), et est décédé le 25 janvier 1886.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*, le 10 *Novembre* 1891.) — *Père*, 59 ans, terrassier, n'a jamais été malade, sauf une fluxion de poitrine, depuis son mariage (39 ans); violent, colère; à la suite d'*excès de boisson* (vin, eau-de-vie surtout) qu'il faisait souvent, il battait sa femme, ce qu'il ne fait plus depuis que ses enfants sont grands. Chaque soir il boirait un demi-setier d'eau-de-vie. Ni dermatoses, ni traces

de maladies vénériennes; fumeur. [*Père* et *mère* morts on ne sait de quoi; une *sœur* morte de la poirine, avait eu 12 ou 13 enfants dont une fille qui, après avoir été mordue par un chien, tomba du *haut mal.*]

Mère, 47 ans, blanchisseuse, présente un *enchondrome* de la région parotidienne droite, elle paraît intelligente; ni attaques de nerfs, ni convulsions, etc...; elle n'a jamais été malade. [*Père*, mineur, mort à la Pitié, il y a plus de 30 ans. *Mère*, morte « usée ». Un *frère* enlevé par le choléra en 1865. Elle ne connaît, dans sa famille, ni aliénés, ni paralytiques, ni épileptiques, ni idiots, etc. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans.

Dix *enfants*, dont une fille de 20 ans qui a eu 5 enfants (4 sont morts en venant au monde; « c'était dans la tête. » Une autre fille est morte de convulsions à 6 semaines; les autres sont sains.

Notre malade. Au moment de la *conception*, la mère ne croit pas que son mari fut ivre. *Grossesse* bonne, pas plus de chagrins à supporter que dans les autres grossesses ; pas de traumatismes, etc. *Accouchement* à terme, naturel. — A la *naissance* l'enfant « était un peu violet, parce qu'il était resté longtemps au passage ; » pas de cordon autour du cou. Elevé au sein par sa mère, l'enfant fut sevré de bonne heure, « parce que, dit-elle, chaque fois je devenais enceinte. » Il a marché vers 14 mois, parlé vers 18 mois, a été propre à 2 ans. Jamais de convulsions. A 4 ans, ophtalmie qui dura deux mois; ni dartres, ni otite, ni engelures. Envoyé à l'école il apprenait bien; à 5 ans, rougeole sans détermination pulmonaire grave ; à 7 ans, scarlatine ; pas d'autres maladies.

A 8 ans, il fut pris de *peurs* durant le sommeil; il appelait sa mère: « prends moi, j'ai peur ». Il se rassurait dès que la chambre était éclairée. Ces *cauchemars* existaient depuis 3 semaines, quand, une nuit, son père étant rentré ivre et furieux, l'enfant se leva et s'enfuit en chemise, se cacher dans la rue où on le retrouva tout tremblant; il aurait continué à trembler pendant deux heures; on eut beaucoup de peine à le rassurer. Un mois après cette scène, tout à coup, un soir, il fut pris d'un *premier accès*; un deuxième survint quinze jours plus tard. Auparavant on n'avait pas noté d'étourdissements. De 8 à 9 ans, les accès revenaient toutes les 2 ou 3 semaines; de 9 à 10 ans, ils se renouvelèrent plus fréquemment (Jusqu'à 14 en 24 heures). On ne voulut plus de lui à l'école; l'intelligence avait baissé; toutefois il savait lire; s'habillait seul et man-

geait proprement; le caractère était devenu irascible; Sch... battait ses frères et sœurs.

Jamais d'*aura*, sauf une fois où il vint à sa mère, disant: « maman, prends moi, je vais tomber! » Ses accès sont plutôt nocturnes que diurnes. Sans pousser de cri, le malade tombe en avant: « il avait toujours la tête fendue; » aussitôt rigidité générale, puis secousses que l'on croit égales des deux côtés; enfin ronflement. Parfois il écume, mais cette écume est rarement sanguinolente; il s'est mordu la langue une ou deux fois. A la suite de son accès, il s'endort; pas de folie prœ ou post épileptique; pas de vertiges.

Jusqu'à son entrée à Bicêtre, il n'a pas suivi de traitement, parce qu'on disait qu'il n'y avait rien à faire. On avait remarqué que si, pendant ses accès, on lui faisait des frictions, cette manœuvre augmentait la durée de l'accès. La maladie a été attribuée à la peur. Depuis le début, la déchéance intellectuelle a fait chaque année des progrès.

Etat actuel. — La *tête* est volumineuse; la bosse pariétale gauche est plus développée que la droite qui est, du reste, assez saillante; la partie supérieure droite du frontal est saillante, la gauche déprimée, la bosse frontale droite paraît plus saillante que la gauche, ce qui peut tenir aux nombreuses *cicatrices* consécutives aux chutes sur le front. Le *front* est assez bombé, assez haut, mais très déprimé latéralement. Les *oreilles* sont bien conformées, un peu écartées; pas de strabisme; blépharite ciliaire très accusée. — *Nez* un peu épaté, sa pointe est légèrement déviée à droite. — *Bouche* moyenne, lèvres très fortes, surtout la supérieure qui présente plusieurs cicatrices cutanées et muqueuses; arcades dentaires supérieure et inférieure régulières de chaque côté; incisives inférieures un peu déjetées en avant, ce qui, avec la saillie de la lèvre inférieure produit un peu de prognathisme. Voûte palatine symétrique.

Circonférence horizontale du crâne	0,526
1/2 circonférence antérieure passant par la base du crâne	0.280
1/2 circonférence postérieure	0,300
Diamètre antéro-postérieur	0,185
Diamètre bi-pariétal	0,140

Cheveux châtains, assez abondants ; cils très longs ; sourcils épais ; cinq cicatrices à la région occipitale ; une cicatrice de vaccin sur chaque bras ; cicatrices d'eschares au sacrum et

sur les deux trochanters. — Peau blanche ; pas d'éruptions ; pieds et mains un peu cyanosés. Tronc et membres bien conformés.

Fonctions digestives : appétit bon, même vorace, ce qui le conduit à voler ses camarades ; pas de salacité ; il ne vomit pas ; garde-robes régulières, volontaires, pas de diarrhée. — *Respiration* et *circulation* normales. *Organes génitaux* bien conformés, pas de poils ; se masturbe.

Sensibilité générale et spéciale intactes ; parole libre ; Sch... est grossier et méchant.

1879. 4 *octobre*. — Sch... prend depuis longtemps du *bromure de potassium* (4 gr.) — Agitation très vive et continuelle.

1880. 14 *octobre*. — Suppression du bromure de potassium. — *Douches*.

1881. 9 *mars*. — Depuis hier, apparition d'un *érysipèle de la face* ; la plaque rouge a débuté par le lobule du nez pour remonter vers la racine. Pas de vomissements ni d'épistaxis. — *Soir* : T.R. 40°,2 ; 3 accès.

10 *mars*. — Ce matin l'érysipèle occupe tout le nez, envahissant les deux joues à égale distance de la ligne médiane de chaque côté. Les paupières inférieures sont tuméfiées ; la peau rouge, lisse, chaude, tendue ; taches blanches à la pression ; phlyctènes remplies de sérosité citrine sur la moitié gauche de la plaque érysipélateuse ; pas de plaies ni d'ulcérations. Les narines sont à demi-fermées par le gonflement. Largeur de la plaque en passant par dessus le nez : 12 cent. ; hauteur au niveau du nez : 4 centimètres.

Le malade tremble, a des soubresauts des tendons, se montre très agité, veut se lever. — Langue saburrale, rouge sur les bords et à la pointe. Respiration un peu rude à droite avec quelques râles sous-crépitants fins ; rien à gauche. Rien au cœur. — T. R. 39°. — *Soir* : T. R, 41° ; P. 120. 3 accès. — *Traitement* : Bourrache, ipéca, eau de sureau.

12 *mars*. L'enfant est moins turbulent que les jours derniers, néanmoins on est obligé de le maintenir au lit à l'aide de la camisole. — La plaque érysipélateuse est moins vive ; elle a respecté la joue droite ; sur le nez elle est en desquamation ; elle occupe toute la joue gauche, et, depuis hier, a envahi le pavillon de l'oreille du même côté ; en ce dernier point elle est très rouge. La lèvre supérieure est encore tuméfiée : les paupières inférieures, surtout la gauche, restent boursoufflées.

L'enfant ne souffre pas, la soif est vive ; l'appétit est bon mais on le maintient à la diète lactée et au bouillon ; limonade vineuse. — T. R. 39°. — *Soir* : 38°, 8. Pas d'accès.

14 *mars*. — T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 38, 1 accès.

15 *mars*. — T. R. 37°, 8. — *Soir* : T. R. 37°, 8. Pas d'accès.

16 *mars*. — La plaque d'érysipèle desquame ; au niveau du pavillon de l'oreille gauche il existe de petites *bulles* purulentes du volume d'une lentille. — L'enfant entre en convalescence, il se lève. — Sirop d'iodure de fer ; huile de foie de morue.

4 *juin*. — Sch... est très agité, veut se sauver. Injection de morphine : il se calme et s'endort.

5 *juin*. — Agitation continuelle ; a mal à la gorge à force d'avoir crié.

9 *juillet*. — Un jour d'agitation sur deux.

1er *août*. — Le malade est plus calme.

12 *août*. — *L'excitation maniaque*, qui avait disparu, reparait depuis quelques jours, mais moins intense.

17 *septembre*. — Depuis 8 jours, l'agitation est plus marquée. Tremblement des membres supérieurs.

18 *septembre*. — Hier le malade a pris 6 gr. de chloral en 3 fois ; aujourd'hui il est calme et somnolent.

27 *septembre*. — Scha... est plus calme, 3 accès ; il n'en avait pas eu depuis le commencement du mois.

28 *septembre*. — 10 accès ; le 29, 18 ; le 30, 24.

2 *octobre*. — 5 accès ; l'agitation reparait.

4 *octobre*. — L'excitation est très vive depuis hier. Douches et bains.

6 *novembre*. — Suppression des douches. *Chloral* 1 gr. par jour pendant 1 semaine, puis 2 gr., 3 gr., 4 gr., 5 gr., aussi pendant une semaine.

1882. 11 *janvier*. — L'enfant est dans une sorte de coma analogue à celui qui accompagne l'*état de mal* ; la peau est brûlante, le pouls ample, fébrile, rapide ; la bouche fuligineuse ; la respiration notablement accélérée. Bain de 1 heure ; 2 sangsues derrière chaque oreille ; 4 gr de bromure de potassium.

13 *janvier*. — L'agitation recommence. Bain de une heure tous les jours ; injection d'un centigramme de morphine.

9 *février*. — Inhalations de *bromure d'éthyle*.

28 *février*. — Cessation du bromure d'éthyle, nous résumons les phénomènes observés pendant les inhalations : 1° Au moment où nous avons commencé le traitement, ce malade

était très agité. Cette agitation a considérablement diminué du 10 au 15 du mois ; depuis elle a reparu avec une nouvelle intensité et a persisté.

2° Nous avons obtenu, par les inhalations, l'anesthésie d'abord, puis la résolution musculaire ; la période d'excitation n'a jamais été bien accusée ; le réveil a toujours été prompt (une à 2 minutes après le retrait de la compresse). Nous avons toujours noté aussi : une rougeur de la face, des oreilles, du cou et de la partie supérieure de la poitrine au début de l'inhalation, de l'accélération du pouls qui est resté bon, et de la respiration, qui n'a jamais été irrégulière. Quant à la température prise immédiatement après le réveil, elle n'a pas paru varier sensiblement (1).

1er *mars*. — L'agitation revêt deux formes ; tantôt bavardages, chants, cris ; tantôt actes violents, injures grossières, alors il cherche à se sauver, parfois il s'échappe en chemise jusque dans les cours.

10 *mars*. — Depuis huit jours, l'excitation maniaque a notablement diminué. On recommence les inhalations de bromure d'éthyle.

1er *avril*. — Suppression du bromure d'éthyle. On s'est aperçu, ces jours derniers, que ce malade marchait difficilement et que, pour aller aux cabinets, il était obligé de se tenir aux lits, sinon il serait même tombé. D'habitude la marche est très libre. — Sha .., se plaint d'engourdissements dans les jambes et les pieds. Si, le faisant lever, on l'abandonne dans la station verticale, il s'affaise ; cependant il reste debout si on le soutient par les épaules. Pour avancer, il projette les membres inférieurs à la façon des ataxiques.

D'après la surveillante de la salle, on aurait déjà remarqué, à la suite d'accès répétés (?) un affaiblissement assez analogue, durant deux ou trois jours. Suppresion du bromure d'éthyle, Hydrothérapie.

8 *avril*. — Schad... parvient à monter seul dans son lit. La sensibilité au chatouillement, au pincement, au choc, à la température, est normale. Phénomène du tendon normal ; pas d'exagération des réflexes.

18 *avril*. — Amélioration notable ; le malade va seul aux cabinets en se tenant aux lits ; hier il se serait même sauvé au fond de la salle. Pas de phénomènes fibrillaires ; de temps en temps, un certain degré de tremblement des membres supérieurs.—

(1) Voir le *Compte-rendu* de 1880, p. 48.

Depuis le début des accidents, Scha... est devenu gâteux. Auparavant il gâtait seulement pour les urines.

20 *avril.* — Scha... a encore tenté de se sauver, et s'est levé plusieurs fois. Le retour de la force musculaire, dans les membres inférieurs, est très sensible.

25 *mai.* — Les douches sont continuées; l'état général du malade est excellent; l'agitation a notablement diminué. Si nous examinons l'état des membres inférieurs, nous constatons: l'intégrité de la sensibilité et de la force musculaire, l'intégrité des réflexes; l'enfant marche seul, sans soutien; parfois il trébuche, mais ne s'affaisse pas.

18 *juin.* — L'enfant continue à prendre des douches. L'agitation persiste, plus ou moins accusée. Scha... gâte moins; il se tient bien sur les jambes; il peut faire, plusieurs fois, sans être soutenu et sans tomber, le tour de la salle. Etat général excellent. Il n'y a plus de tremblement des membres supérieurs.

16 *novembre.* — L'état de l'enfant reste le même. — Il cherche toujours à se lever et à se cacher dans tous les coins du service. Il présente souvent des *périodes d'agitation* qui obligent, faute de cellule ou de chambre d'isolement, à le maintenir sur son lit. — Il y a quatre ou cinq jours, l'infirmier lui portait son gobelet de vin, il le prit et le lui jeta à la figure. — Nuit et jour il urine sous lui. — L'onanisme persiste.

Depuis le 1er mai 1882 jusqu'au 9 décembre le malade a été soumis à un *traitement hydrothérapique* qui ne semble pas avoir produit d'amélioration notable (1). — Le 1er décembre on commence une médication par l'*acide sclérotinique en injections hypodermiques.* (Solution de Prévost; dix gouttes, c'est-à-dire un centigramme et demi d'acide.)

27 *décembre.* — Schad..., continue à vouloir se lever, il a même l'air fort satisfait lorsqu'il voit qu'on le cherche; aussi, est-on obligé de lui faire garder le lit. — Il va seul aux cabinets. — Son état ne se modifie pas; il reste grossier.

31 *décembre.* — On continue régulièrement les injections d'acide sclérotinique. — Le mois dernier le nombre des accès avait diminué (17 au lieu de 61, le mois précédent). — Ce mois-ci il y a eu une légère augmentation (24 accès) bien que depuis le 8 décembre la dose du médicament ait été portée successivement à trois centigrammes puis à quatre centi-

(1) Voir *Compte-rendu de 1882 : Du traitement de l'épilepsie par l'hydrothérapie.* (En collaboration avec Bricon), p. 62.

grammes et demi (15 décembre). Le malade n'a présenté ni accidents locaux ni accidents généraux.

1883 — 1er *janvier*. — *Poids* : 39 k. 30. — *Taille* : 1 m. 30. — On continue le traitement par l'acide sclérotinique dont la dose est portée à six centigrammes. — Depuis trois jours Schad.. a présenté plusieurs accès suivis de *délire maniaque*. — Il voulait se sauver pour aller voir son père, sa mère, sa sœur Ernestine. — Empâtement de la joue droite.

6 *février*. — On suspend les injections d'acide sclérotinique que l'on reprend le 15 février à la dose de quinze gouttes (6 centigrammes). Cette dose est portée progressivement jusqu'à vingt gouttes. Ce traitement semble avoir fait baisser le nombre des accès ; en effet, depuis qu'on l'applique le maximum constaté a été de 24 (mois de décembre 1882) tandis que les mois précédents l'on avait eu jusqu'à 75 accès (septem. 1882). — Toutefois il est à noter que précédemment, sans cause connue, le nombre mensuel des accès était tombé à 17, voire même à un (février 1882).

11 *avril*. — Schad.. est atteint d'*embarras gastrique*. Sa température s'élève jusqu'à 39°, 4. Il se rétablit au bout de quelques jours.

11 *juin*. — Suppression de l'acide sclérotinique. — Durant ce traitement le plus grand nombre d'accès constaté en un mois a été de 37 (mai 1883). — L'état général n'a d'ailleurs, pas été modifié (1). — *Hydrothérapie*.

9 *août*. — Le malade a eu trois accès nocturnes et quatre diurnes : ce soir il est sans connaissance, la respiration est stertoreuse, la température s'élève à 38°, 9. — Une écume abondante sort de la bouche. *Sangsues* derrière les oreilles; sinapismes. Après ce traitement, Schad... reprend connaissance, s'agite fortement et injurie ceux qui l'entourent.

7 *août*. — Même état pendant la nuit. — Ce matin T. R. 39°. — L'agitation persiste : langage grosssier, etc.. Quand on demande à Schad... de montrer sa langue, il refuse obstinément; on finit cependant par la voir : elle est recouverte d'un enduit grisâtre, épais. — Eau-de vie allemande, 15 gr.

15 *septembre*. — L'état du malade s'était amélioré jusqu'à ces derniers jours; toutefois, l'affaiblissement moral et physique demeurait le même. — Hier *agitation* et cette nuit *neuf accès*. Ce matin T. R. 40°, 5. — Schad... est couvert de sueur,

(1) Voir dans le *Compte-rendu de* 1884 ; *Du traitement* de *l'épilepsie par l'acide sclérotinique*, p. 85.

sa figure est turgescente et violacée. Les accès recommencent et ne sont suspendus ni par la *compression des carotides*, ni par la *ligature des membres*. 2 accès et 15 vertiges dans la journée. — *Soir* : T. R. 40°. — Dans la nuit 4 accès seulement : T. R. 41°. Prostration très accusée.

16 *septembre*. — T. R. 40°. — Un accès dans la journée et un dans la nuit. — *Soir* : T.R. 40°.

17 *septembre*.— Pas d'accès. T. R. 39°. — *Soir*: T. R. 39°, 9.

18 *septembre*. — *Matin* : T.R. 38°, 7. — *Soir*: T. R. 38°, 9.

19 *septembre*. — T. R. 38°, 5. — Etat général assez bon.

24 *novembre*. — *État de la bouche*. *Mâchoire supérieure* quinze dents permanentes serrées; dents de sagesse à gauche — incisives inclinées en arrière. — *Mâchoire inférieure*, douze dents, y compris les dents de sagesse. La 1ère grosse molaire et la 1re petite ont été arrachées pour carie. *Articulation temporo-maxillaire* profonde ; léger prognathisme. *Gencives* en assez bon état. — *Voûte palatine* creuse, bien développée.

30 *novembre*. — On cesse l'hydrothérapie à laquelle le malade était soumis depuis le 9 juin. Durant cette période de traitement le nombre des accès a toujours été relativement peu élevé. — Dans le mois qui a suivi la suspension, il est monté de 28 à 40.

1884. 3 *janvier*. — Sch... vient d'avoir au-dessous du grand trochanter un *furoncle* à la suite duquel s'est formée une *eschare* d'un centimètre de diamètre. Depuis son entrée, des changements notables se sont produits dans son *habitus extérieur* : son poids qui en 1883 était de 39 kilog. 30 est de 42 kilog. 700 ; sa taille qui était de 1m. 30 est de 1m. 47. — Actuellement, un léger et fin duvet recouvre la lèvre supérieure, les joues sont glabres, mais le *pénil* est revêtu de poils châtains assez abondants. — Les *testicules* sont gros comme des noisettes, la *verge* est volumineuse ; le gland, facilement découvrable, présente un méat bien situé mais un peu étroit. — A l'*anus*, poils longs et abondants. — *Bourses* pendantes ; on y remarque de l'érythème ainsi que sur les fesses. — Onanisme toujours fréquent.

Depuis le 30 décembre, température assez irrégulière et accès assez fréquents ainsi qu'on le voit par le tableau ci-après.

4 *janvier*. — Aujourd'hui, le malade est somnolent; hier il était dans un état demi-comateux; il semble donc se relever un peu, bien que son faciès ne soit pas rassurant; yeux caves.

narines et lèvres sèches, gencives couvertes de fuliginosités ; conjonctivite à droite sur la partie interne de la cornée, ulcération de deux millimètres (collyre à l'atropine). D'autre part, la soif vive que Schad... ressentait s'est calmée. Tandis que ces jours derniers il ne prenait que du lait, ce matin, il a pu manger de la soupe. L'abdomen est normal ; il n'y a pas de vomissements, les selles sont quotidiennes. Sch.. ne cherche plus à se lever, comme d'habitude, pour aller aux cabinets et c'est *involontairement* que se font l'urination et la défécation depuis le 30 décembre.

DATES.	T. R.		ACCÈS.
	Matin.	Soir.	
30 décembre	»	41°	12
31 id.	40°	40	16
1 janvier	39 2	39 4	10
2 id.	39 4	39 8	0
3 id.	39	39 4	1
4 id.	38 8	39	»
5 id.	38 8	38 8	»
6 id.	40	39 2	»
7 id.	39 1	39	»
8 id.	39	38	»
9 id.	38 6	38 4	»
10 id.	37 8	38 2	»
11 id.	37 5	38	»
12 id.	37 4	37 8	»
13 id.	37 4	37 4	»
14 id.	37 4	37 6	»
15 id.	37 5		

Si on force Sch... à se mettre debout, il marche avec peine. Le sommeil est bon ; pas de contractures, pas de délire. En résumé, Sch... a eu une poussée *méningitique* consécutive à ses accès *(état de mal)*. — *Traitement* : Eau de vie allemande 25 gr.; lavements au sulfate de quinine ; lotions vinaigrées ; sinapismes.

5 *janvier*. — La nuit a été bonne. Il y a eu des selles abondantes. Ce matin Sch.. est un peu abattu mais conscient ; il a pu prendre un litre de lait et un litre de bouillon. Ses lèvres et sa langue sont moins sales.

6 *janvier*. — La journée d'hier a été calme. Le malade a été souvent à la selle. Aujourd'hui la prostration est très marquée. T. R. 40°. C'est à peine si Sch... demande de temps en temps

à boire. Il prend pourtant un litre et demi de lait. Lèvres sèches. La journée a été calme, S.. a pris un bain de vingt minutes. — *Soir* : T. R. 39°, 2. Un quart de lavement au sulfate de quinine.

1885. *Janvier*. — *Poids* : 43 kg. 500. *Taille* : 1m 48.

4 *mars*. — Dimanche, dans la journée, le malade a eu deux forts accès à la suite desquels la face est restée cyanosée et les veines du cou turgides. (*Sangsues* au niveau des apophyses mastoïdes).

Le reste de la journée a été calme, mais, depuis dimanche soir jusqu'à lundi soir, Sch... a eu plusieurs accès consécutifs.

Aujourd'hui les accès ont disparu, mais il persiste de l'hébétude. Eau-de vie allemande.

1er *août*. — Aggravation. Sch... reste toujours à l'infirmerie à cause de la multiplicité des accès; il ne gâte que durant ses périodes d'accès.

Puberté. — Léger duvet à la lèvre supérieure et à la pointe du menton, rien aux joues. — Poils roux, frisés, assez abondants sur le pénil et autour de la racine de la verge. — Bourses à demi rétractées. Testicules de la grosseur d'une petite noix. *Verge* assez développée (9 cm. de circonférence sur 9 cm. de longueur). *Gland* découvert, méat un peu étroit, normalement situé. Bien qu'il ne se masturbe pas, assure-t-on, il a proposé plusieurs fois des attouchements à d'autres enfants. En ce moment, le malade a une *fluxion de la joue* gauche, dépendant d'une *périostite* par carie de la racine de l'incisive latérale gauche. Abcès, ponction; avulsion de la dent.

2 *août*. — Pupilles égales; parole libre; pas de tremblement des lèvres ni de la langue. Schad... a des idées mélancoliques et on lui entend dire : « Le bon Dieu nous donne du pain. Quand on est mort, on est bien heureux, on vous met une croix; quand on est mort on est bien heureux. » Ses discours portent presque toujours sur la mort. Il dit à sa mère qui vient le voir vêtue de noir : « Tu es donc morte, tu veux donc mourir. » Parfois il répète les mêmes paroles pendant toute la journée. Les accès restent fréquents et obligent à le maintenir au lit. Il continue à vouloir se cacher et lorsqu'on le cherche il est content. *Traitement* : Continuation des douches, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer.

Juin. — *Taille* : 1m 48. — *Poids* : 47 kg. 700.

2 *novembre*. — On suspend aujourd'hui l'hydrothérapie qui avait été reprise le 3 avril. Il ne semble pas qu'elle ait modifié l'état du malade.

16 *novembre.* — Sch... a eu hier *quatorze accès.* Dans l'un d'eux, il s'est fait une *plaie* au niveau de la bosse frontale droite. Il reste très abattu, comme cela a lieu d'habitude à la suite de ses séries d'accès.

1886. 3 *février.* — *Aspect du malade* : pupilles égales ; nez un peu aplati, portant plusieurs *cicatrices* dont une assez profonde vers la racine ; quelques autres cicatrices sur le front. — Très léger tremblement de la pointe de la langue ; joue droite un peu gonflée à la partie inférieure ; quelques cicatrices sur les lèvres et à gauche du frein de la lèvre inférieure. — Rien à la face interne des joues ; cicatrice allongée, un peu saillante sur la face dorsale de la moitié gauche de la langue. *Parole* libre.

Au point de vue de la *puberté*, on trouve deux petits bouquets de poils à la pointe du *menton.* Les poils du pénil se sont allongés ; il y a peu de poils sous les aisselles, mais on les trouve abondants à l'anus. — Pas d'autres modifications.

Sur le grand trochanter gauche, existe une petite eschare en voie de cicatrisation ; on en trouve une autre d'un centimètre, au sacrum, s'améliorant également. Le malade est très calme, il fait parfois des réflexions sensées et se laisse facilement examiner.

6 *février.* — P. 64, On est obligé de le compter au cœur à cause de la contraction musculaire qui empêche de le saisir au poignet. *Dynamomètre* Colin (fort) : 15 à gauche, 18 à droite. Poids 50 kilogrammes.

13 *février.* — Depuis trois jours le malade a de très nombreux accès.

18 *février.* — Plusieurs accès cette nuit. Torpeur prononcée ; perte de l'apétit ; soif intense ; garde-robes normales. 22 accès depuis le 13 février.

24 *février.* — Le malade tousse. A l'auscultation, on entend des râles ronflants dans toute la poitrine, mais surtout en arrière ; il y a de plus quelques râles plus fins, en partie masqués par les gros râles. — Submatité en arrière. Pas d'épistaxis, pas de taches rosées, pas de gargouillements. Langue sèche ; fulginosités abondantes sur les dents. Eschare sur le grand trochanter droit. Le malade ne répond à aucune des questions qu'on lui pose. — *Soir* : T.R. 40°,4. *Traitement* : Teinture d'iode sur la poitrine ; potion avec kermès, et sirop diacode.

25 *février.* — Le malade est dans un état de prostration grave, teint plombé, lèvres cyanosées, haleine fétide, yeux voilés. — Des inspirations sont fréquentes et saccadées ; pouls petit

faible, très fréquent. Le murmure respiratoire a un timbre très rude, surtout à gauche. T.R. 39°,6. — *Traitement*: potion avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque. — Vers midi le malade semble momentanément sortir un peu de sa torpeur, mais bientôt la prostration augmente et à 2 heures Schad.... *meurt*. — Immédiatement avant de mourir il a eu une secousse assez forte qui a brisé un thermomètre placé sous son aisselle. *Poids* après le décès 41 kilogrammes. — T.R. au moment de la mort 39° 8; 1/2 heure après le décès 39°; 1 heure après 37°. Le tableau suivant (p. 70) donne une idée précise de la marche de l'épilepsie de 1874 à 1886.

AUTOPSIE faite le 26 février, 21 heures après la mort. — La *rigidité cadavérique* est très prononcée et égale des deux côtés. — A l'ouverture de l'*abdomen*, on voit le grand épiploon normal, la *vésicule biliaire* est rattachée au colon par une sorte de *méso péritonéal*. Le *diaphragme* remonte de chaque côté jusqu'au bord inférieur de la 5me côte. A l'ouverture de la *poitrine*, on trouve le poumon droit rattaché au diaphragme et à la paroi costale par des adhérences presque totales, à gauche on n'a que quelques brides néo-membraneuses. Le *péricarde* est sain. — Le *cœur* (215 grammes) est en diastole; sa pointe est formée par les deux ventricules. Sur la face postérieure du ventricule droit, ainsi que sur l'auricule et l'oreillette du même côté, existent plusieurs petites plaques laiteuses. — Le cœur renferme des caillots fibrineux qui en moulent les cavités; il laisse couler, lorsqu'on le sectionne, un peu de sang liquide et des caillots noirs. On ne trouve sur les valvules qu'une petite plaque d'athérome à l'orifice aortique. — Le myocarde et l'endocarde n'ont rien de particulier.

Les *poumons* présentent une odeur très fétide et un aspect foncé. — A la coupe, il s'écoule un liquide muco-purulent, sanieux, fétide, tenant en suspension des granulations d'aspect caséeux. — Le *poumon droit* (850 grammes) a sa plèvre dépolie partout où il n'y a pas d'adhérences. Sa base est dure et ne crépite pas; sa couleur est d'un gris verdâtre sauf à la base où elle est d'un rouge vineux; il est farci de *petites cavernules* dont la grosseur varie de celle d'un grain de mil à celle d'un haricot et qui contiennent une substance d'un blanc grisâtre, molle, d'aspect caséeux, s'échappant par le grattage ou la pression. — Le *poumon gauche* (450 grammes) offre les mêmes lésions dans le lobe inférieur, mais moins avancées — *Ganglions* bronchiques sains.

MOIS	1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier....	»	»	16	»	6	»	14	»	12	»	8	»	19	»	35	»	51	»	14	»	15	»	38	»	1	»
Février....	»	»	9	»	17	»	12	»	8	»	14	»	19	»	24	»	1	»	10	»	19	»	42	»	22	»
Mars.....	2	»	7	»	12	»	15	»	32	»	11	»	36	»	26	3	24	»	30	»	34	»	48	»		
Avril.....	49	»	8	»	5	»	22	»	43	»	9	»	10	»	22	»	22	»	24	»	56	40	63	»		
Mai.....	83	»	11	»	13	»	31	»	7	»	9	»	14	»	24	»	17	»	37	»	75	100	59	»		
Juin.....	7	»	10	»	8	»	14	»	»	»	8	»	56	2	65	»	21	»	18	»	62	80	52	»		
Juillet.....	7	»	23	»	»	»	20	»	9	»	10	»	37	»	20	»	22	»	28	»	50	»	23	»		
Août.....	14	»	6	»	10	»	5	»	13	»	5	»	47	»	12	»	30	»	25	»	49	»	24	»		
Septembre.	»	»	10	»	4	»	11	»	5	»	12	»	22	»	55	»	75	»	36	15	50	»	28	»		
Octobre...	12	»	4	»	21	»	19	»	8	»	12	»	18	»	8	»	61	»	28	»	47	»	14	10		
Novembre.	4	»	13	»	18	»	13	»	5	»	2	»	31	»	25	»	17	»	40	»	33	»	29	»		
Décembre.	5	»	19	»	8	»	42	»	8	»	21	»	22	»	8	»	24	»	39	»	58	»	8	»		
Totaux...	183	»	136	»	122	»	218	»	150	»	121	»	331	2	324	3	365	»	339	15	548	220	428	10	23	»

L'*examen histologique* des poumons, fait par M. le Dr PILLIET, a montré l'existence des lésions de *broncho-pneumonie totale, gangréneuse*. A un faible grossissement, on constate que les alvéoles sont remplies par un exsudat; les vaisseaux de leurs parois sont congestionnés et remplis de globules rouges. — A un grossissement plus fort, on peut voir que la nature de l'exsudat est variable suivant les différents points, suivant les divers degrés de la lésion. — Sur certains îlots, il est composé presque uniquement de cellules de la paroi alvéolaire desquamées, tuméfiées, rondes, vésiculeuses et possédant presque toutes plusieurs noyaux : c'est de la *pneumonie épithéliale*. — Sur d'autres, ces cellules sont mêlées d'un certain nombre de leucocytes, sans globules rouges pourtant, et englobés dans un réseau fibrineux très net. Il y a là de la *broncho-pneumonie*. — Dans d'autres îlots enfin, et ce sont ceux qui confinent aux pertes de substance que l'on voit à l'œil nu sur la coupe du poumon, il y a nécrobiose totale des éléments, l'alvéole très distendue avec les vaisseaux de sa paroi aplatis, est remplie d'une masse uniformément granulée et grisâtre où l'hématoxyline colore à peine çà et là quelques noyaux. Ce sont ces foyers de nécrobiose, situés autour des bronchioles, qui ont été envahis par les micro-organismes de la putréfaction, déterminant ainsi ces excavations lobulaires qui donnent au poumon son aspect caratéristique de gangrène broncho-pneumonique. Cette pénétration a dû être favorisée par la parésie bulbaire que présentait le malade en état de mal. On trouve là, réalisés cliniquement, les phénomènes qu'on observe expérimentalement dans la section des deux nerfs vagues au cou : alvéolite catarrhale, puis fibrineuse, puis mortification des éléments et putréfaction consécutive des foyers de nécrobiose qui se forment autour des bronchioles au contact de l'air. La broncho-pneumonie n'est d'ailleurs pas rare chez les épileptiques qui meurent en état de mal, mais nous ne croyons pas lui avoir vu revêtir la forme gangréneuse.

Rate (80 gr.) normale. — *Reins* (100 gr. à gauche; 110 gr. à droite); décortication facile, pas de lésions. — *Estomac, duodénum, pancréas, foie* et *canaux excréteurs* de cet organe, sains. — *Vésicule biliaire* pleine de bile. — *Intestin* sain, mais ayant des plaques de Peyer très développées. — *Ganglions mésentériques* pas de lésions. — *Testicules* normaux. — *Larynx* et *œsophage*, rien de particulier. — *Corps thyroïde* non hypertrophié, symétrique, a déjà subi une dégénérescence colloïde.

Tête. — Rien au *cuir chevelu*. — *Crâne* très dur, notable-

ment épaissi partout ; calotte crânienne assez développée, symétrique ; sutures normales, un peu d'hypérémie sur les pariétaux. Les dentelures de toutes les sutures sont très apparentes à l'extérieur ; en dedans elles le sont moins et l'ossification est plus avancée. Nulle part les dentelures ne chevauchent l'une sur l'autre. Au niveau de l'angle antérieur des pariétaux, il y a deux plaques transparentes : celle de gauche a un centimètre de diamètre, l'autre cinq millimètres. — *Base du crâne* bien conformée. — *Liquide céphalo-rachidien* un peu plus abondant que normalement. — *Encéphale*, 1320 gr.

La *pie-mère* présente une vascularisation assez prononcée sur la convexité des hémisphères.—Les *artères*, les *nerfs*, ainsi que les autres parties de la base du cerveau sont symétriques. — Les *hémisphères cérébraux* sont égaux ainsi que les *hémisphères cérébelleux*. — Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent ensemble 135 gr. — Sur l'*hémisphère cérébral droit* la plupart des circonvolutions de la face interne, mais principalement celles du lobe frontal ont un *aspect chagriné* que l'on retrouve à la face convexe sur les circonvolutions temporales. La décortication de cet hémisphère est très difficile, bien que la pie-mère ne soit adhérente qu'au niveau de la frontale ascendante et de la partie postérieure de la première frontale. La pie-mère est accolée au niveau des sillons dont on ne la détache qu'à grand'peine. — Les *ventricules latéraux* et la *corne d'Ammon* sont sains. On ne trouve pas de sclérose.

Sur l'*hémisphère cérébral gauche*, on ne trouve d'aspect chagriné qu'à la face convexe, sur les circonvolutions temporales. Cet aspect est bien moins marqué que sur l'hémisphère droit. — La *décortication est également très difficile*. — La *corne d'Ammon* est normale.

La *moelle* ne présente rien de particulier à l'œil nu. — Les *méninges rachidiennes* sont un peu hypérémiées,

Hémisphère gauche. — *Face convexe*. *1re frontale* très sinueuse, bien développée, s'insère directement et par un pli de passage sur la frontale ascendante. La *scissure frontale supérieure* est très sinueuse et profonde. La 2me frontale est très sinueuse, dédoublée et s'insère d'une part directement sur la frontale ascendante et envoie deux plis de passage à la 1re et un à la 3me circonvolution frontale. La *scissure frontale inférieure* est très sinueuse, profonde. La 3me circonvolution frontale est extrêmement sinueuse, assez bien développée, s'insère directement sur la frontale ascendante, mais il est à remarquer qne les deux insertions des 2me et 3me frontales

présentent à leur surface et vers la partie médiane deux incisures assez profondes qui semblent être les vestiges d'une scissure parallèle frontale. Toutes les circonvolutions du lobe frontal sont très plissées, découpées par de profondes incisures régulières. *Lobule orbitaire* : les circonvolutions sont assez bien développées, et la plupart offrent un aspect un peu chagriné. — La *frontale ascendante* est très sinueuse, irrégulière, bien développée, et montre deux incisures dont l'une complète (l'inférieure) sépare cette circonvolution en trois parties dont une médiane qui paraît être la continuation de la seconde frontale ; l'incisure supérieure n'est pas complète et s'arrête à 4 ou 5 millim. du sillon de Rolando ; le tiers supérieur de cette circonvolution présente, dans sa partie médiane, une incisure oblique allant du fond et de la partie supérieure du sillon de Rolando vers l'extrémité frontale de l'incisure précédente dont elle est distante de 7 millimètres environ. Il résulte de cette disposition, que la frontale ascendante semble s'arrêter à 1. c, de la scissure inter-hémisphérique et que la partie de la circonvolution située au-dessus de l'incisure continue la 1re. frontale.

Sillon de Rolando très sinueux ; il communique avec la scissure frontale inférieure par l'intermédiaire de la 2me incisure qui divise la frontale ascendante, et il s'arrête là. Il communique d'autre part vers la partie moyenne avec une scissure profonde et sinueuse qui divise presque entièrement le lobule pariétal inférieur et dont l'extrémité n'est séparée de la scissure interpariétale que de 5 millimètres.

La *pariétale ascendante* est assez sinueuse, coupée un peu au-dessous de sa partie moyenne par l'incisure dont nous venons de parler. Elle est assez grêle et envoie deux plis de passage à niveau, plis qui bordent son incisure pariétale, au lobule pariétal inférieur et deux autres plis de passage à niveau au lobule pariétal inférieur.

La *scissure de Sylvius* présente une lèvre inférieure, distante d'environ 1 cm. 5 de la lèvre supérieure au niveau de la 3me frontale. Elle laisse voir la partie supérieure des circonvolutions du lobule de l'insula, et possède un rameau antérieur très net et très profond. Son extrémité supérieure et postérieure est bifurquée.

Le *sillon post-rolandique*, irrégulier, est coupé par deux plis de passage à niveau allant de la pariétale ascendante aux lobules pariétaux supérieur et inférieur. La *scissure pariétale moyenne* est dédoublée en avant en deux branches allant l'une au sillon port-rolandique, l'autre descendant pour couper le lobule

pariétal inférieur ; cette scissure est également dédoublée en arrière : l'une de ses branches va se perdre en avant, l'autre se porte en arrière ; elles embrassent un lobule de la 2e temporale.

Le *lobule pariétal supérieur* est essentiellement formé par une grosse circonvolution très enroulée, donnant en avant deux plis de passage à la pariétale ascendante. — Le *lobule pariétal inférieur*, très sinueux, s'unit à la pariétale ascendante par un gros pli de passage. — Le *pli courbe* semblable à celui de droite que nous allons décrire donne, en bas, un prolongement qui passe à travers la 1re temporale pour aller à la 2me. — La *scissure parallèle* est sinueuse et très profonde. La *1re temporale*, épaisse en arrière, se dédouble en avant où ses deux branches s'anastomosent. La *2me temporale*, grêle en avant, se dédouble bientôt et va, après avoir été coupée par une profonde incisure, se jeter (en arrière) dans un pli de passage venant du lobule pariétal inférieur et dans la 3me temporale. — La *3me temporale*, sinueuse, irrégulière, s'anastomose en avant avec les deux autres temporales. — La *scissure perpendiculaire externe* est très profonde. — La *1re occipitale*, grosse, est dédoublée ; la 2me très grêle est unie par un pli de passage à la 3me qui est aussi dédoublée et se jette en avant dans la 2e temporale.

A la face interne de l'hémisphère, le *lobule paracentral*, bien marqué, se prolonge en avant en formant un bec s'enfonçant dans la 1re frontale interne. — Le *sillon calloso-marginal*, profond, est coupé par un pli de passage allant du lobule paracentral au gyrus fornicatus ; un autre pli de passage le coupe en arrière. — La *2me frontale interne*, très bien développée, donne deux plis de passage : l'un au lobule paracentral ; l'autre au lobule quadrilatère. — La *1re frontale interne* est très sinueuse et très bien découpée. — Le *lobule quadrilatère* est bien dessiné ainsi que le coin qui est formé de deux circonvolutions. — Les *scissures perpendiculaires internes* et *calcarines* sont profondes et normales, elles interceptent le *cuneus* formé de deux circonvolutions dont la supérieure est double en arrière. La *1re temporale occipitale*, épaisse et chagrinée en arrière, donne en avant un pli de passage à la 2me temporo-occipitale qui est épaisse et lisse en avant, irrégulière et dédoublée en arrière.

La face inférieure présente un sillon olfactif bien prononcé. Le sillon cruciforme est remplacé par un sillon trifurqué, ayant une branche postérieure, une antérieure et une externe. Le gyrus rectus est étroit ; la 2me circonvolution olfactive est dédoublée. — La *circonvolution orbitaire* embrasse

la branche externe du sillon ainsi formé ; après s'être dedoublée et réunie, elle devient irrégulière.

Les *circonvolutions temporo-occipitales* que nous avons décrites plus haut sont chagrinées, irrégulières, sinueuses, séparées par un sillon coupé par un pli de passage.

Hémisphère droit. — La 1re *frontale*, quadrilatère, est très large en arrière, s'amincit en avant. La partie quadrilatère est coupée à son centre par un pli profond qui divise cette portion en trois circonvolutions. Deux plis de passage unissent la 1re frontale en haut et en arrière à la frontale ascendante; en avant et en bas à la 2me frontale. La 2me frontale, simple en avant où elle donne un pli de passage à la 3me, se dédouble en bas et en arrière. La branche postérieure de ce dédoublement s'unit à la 1re frontale. Le sillon qui sépare les deux circonvolutions précédentes est très sinueux et profond.

La 3me *frontale* est très développée en avant où elle est dédoublée; elle s'unit à ce niveau par deux plis de passage à la 2me frontale. Les deux branches de ce dédoublement s'unissent pour former la circonvolution de Broca sur laquelle on retrouve un sillon qui divise cette circonvolution en deux petites circonvolutions. Le pli sourcilier est volumineux. L'aspect général des circonvolutions du lobe frontal droit est semblable à celui qu'elles présentent du côté gauche.

La *frontale ascendante*, très sinueuse, irrégulière, mais bien dessinée, donne des plis de passage l'unissant aux deux premières frontales. Le sillon prérolandique, coupé par un sillon allant de la scissure de Rolando à la 1re incisure frontale, s'arrête en haut à un centimètre du bord supérieur de l'hémisphère. Le *sillon de Rolando*, très sinueux, communique avec le sillon frontal supérieur; il s'arrête normalement en bas; il est coupé par un pli venant de la pariétale ascendante.

La *pariétale ascendante* dédoublée, sinueuse, donne un pli qui la fait communiquer avec la base de la deuxième frontale en passant sur le sillon de Rolando et le sillon prérolandique. La partie postérieure du dédoublement de cette circonvolution descend en serpentant et se divise en bas en deux branches allant, l'une à la partie postérieure de la branche antérieure du dédoublement, l'autre se portant en arrière pour se joindre à la pariétale inférieure.

La *scissure de Sylvius*, profonde et béante, s'écarte beaucoup en avant. Elle est bifurquée en arrière où elle embrasse un pli de passage allant de la pariétale ascendante à la parié-

tale inférieure. La *scissure pariétale* moyenne est très profonde, sinueuse; elle se continue sans ligne de démarcation avec la scissure parallèle.

Le *lobule pariétal supérieur* est formé de nombreuses circonvolutions irrégulières, formant deux îlots unis par des plis de passage. Ces circonvolutions sont un peu chagrinées à la surface. Le *lobule du pli courbe*, bien dessiné, est très étroit et très grêle dans la partie qui surmonte l'extrémité de la scissure de Sylvius. — Le *lobule pariétal inférieur* est essentiellement constitué par deux grosses circonvolutions réunies en arrière par un petit pli de passage à niveau. — La *scissure perpendiculaire externe* est profonde, bien marquée. Les *circonvolutions occipitales* sont séparées par des plis profonds: la première, dédoublée, a une branche postérieure épaisse et une antérieure grêle; elle communique avec la 2me qui est très irrégulière, par un petit pli de passage. Elle s'unit en avant et en haut au lobule pariétal supérieur. — La 2me *occipitale* se joint en avant à la 3me, en arrière à la 1re dont elle est séparée par un sillon profond. — La 3me *occipitale*, double ne arrière, devient simple et très irrégulière en avant. Elle va se jeter dans la 2me temporale, après avoir décrit une courbe à concavité antérieure.

La *scissure parallèle* décrit de grandes sinuosités et est très profonde. — La 1re *temporale*, dédoublée en arrière où elle se jette dans la circonvolution du pli courbe par sa branche antérieure, ne tarde pas à confondre ses deux divisions en un gros lobule qui s'amincit en avant pour former une circonvolution irrégulière qui va se jeter à la partie antérieure de l'hémisphère dans la 2me temporale. — La 2me *temporale*, très irrégulière, forme en arrière un lobule quadrilatère, divisé presque crucialement par des incisures assez profondes. Elle donne en avant une circonvolution dédoublée qui se réunit en un pli très grêle qui s'élargit bientôt et va en s'amincissant jusqu'à la partie antérieure. Cette portion de la 2me temporale est chagrinée. — La 3me *temporale*, également très irrégulière et très sinueuse, donne en avant un pli de passage à la 2me temporale. Le sillon séparant les 2me et 3me temporales est profond, irrégulier, il va jusqu'à la partie la plus antérieure de l'hémisphère, après avoir été coupé par le pli de passage que nous venons de décrire.

Face interne. — Le *lobule paracentral* est bien développé. — La 1re *frontale interne*, irrégulière, est creusée de profondes incisures; elle forme, en avant, de nombreuses petites circonvolutions grêles.

Le *sillon calloso-marginal* est profond et coupé par un pli de passage à sa partie moyenne. — Le *gyrus fornicatus* se jette en arrière, en se dédoublant dans le lobe carré; il donne un pli de passage, en avant, à la première frontale interne. — Le *lobule quadrilatère* est formé de 3 circonvolutions sinueuses s'unissant toutes en avant pour se jeter dans la 2me frontale interne. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde et très longue, va jusque vers le corps calleux. — Le *coin* est formé de 2 circonvolutions réunies en avant. — La *scissure calcarine* est profonde et normale. — Le *lobule lingual*, très mince à sa partie moyenne, très large en avant, est uni par deux plis de passage au lobule fusiforme; celui-ci est très irrégulier et très sinueux. — Le *sillon olfactif* est simple et profond; le sillon cruciforme a ses branches très courtes; les postérieures sont bien dessinées, l'interne se prolonge très loin en arrière. — Entre les sillons cruciforme et olfactif est un autre sillon. Le *gyrus rectus* est normal. La 2me *circonvolution olfactive*, dédoublée en arrière et en avant, donne un pli de passage à la circonvolution orbitaire qui est irrégulière et très enroulée.

La partie des *circonvolutions temporo-occipitales* visible sur la face inférieure présente l'aspect suivant: La 1re temporo-occipitale est grosse, double en arrière, très sinueuse; la 2me temporo-occipitale n'offre rien de particulier, mais les sillons qui séparent les deux circonvolutions sont profonds et sinueux.

Examen histologique du *cerveau* et de la *moelle*. — Il a été fait au Laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté par M. le Dr PILLIET, préparateur. — La *substance grise* du cerveau avait été durcie par l'alcool: les deux hémisphères étant à peu près semblables à l'œil nu, on a examiné seulement l'*hémisphère droit*, pour ne pas sacrifier toute la pièce. Enfin, on s'est surtout préoccupé de rechercher la structure de la lésion, plutôt que sa distribution. Sur la coupe des *circonvolutions frontales*, examinées à un faible grossissement, on constate des lésions portant sur la substance grise et sur la substance blanche. La substance grise est diminuée d'épaisseur; la première couche de Deiters est étroite, elle offre beaucoup plus de noyaux colorés qu'à l'état normal, ainsi que la couche suivante avec laquelle elle se confond. En effet, cette deuxième couche, ou des petites cellules pyramidales, est là peu distincte. La troisième couche des cellules pyramidales moyennes n'a plus les cellules disposées régulièrement bout

à bout, en séries, séparées par les faisceaux des fibres qui gagnent la substance blanche, les cellules n'ont plus leur ordination caractéristique; on ne voit que de nombreux noyaux sphériques, appartenant à de petites cellules. La 4me et la 5me couches, celles des cellules volumineuses, n'en ont à peu près plus : c'est le tissu névroglique, formé d'un très fin réticulum, avec cellules rares, espacées qui le remplissent. Les faisceaux de fibres descendantes et de fibres arquées sont rendus plus évidents par la disparition des cellules. Dans la substance blanche on voit une quantité beaucoup plus considérable qu'à l'état normal de noyaux très petits, sphériques, répondant à des cellules de la névroglie et remplissant tous les intervalles entre les fibres de la couronne de Reil. Ici l'irritation est évidente. Il y a pourtant peu de corps granuleux dans les couches profondes de la substance grise. Les vaisseaux ne sont pas beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal ; ils ne présentent pas de dégénérescence amyloïde.

De plus, on voit, espacés dans les parties superficielles de la substance grise, un certain nombre d'îlots, ou foyers comprenant les trois premières couches. Sur ces points, la disposition des fibres se dirigeant vers la substance est interrompue; les cellules de névroglie se colorent fortement; mais les cellules nerveuses sont très rares. Ces points paraissent avoir une résistance beaucoup moindre que le reste du tissu, car leur substance est partie par endroits avec la pie-mère, et est en d'autres points tombée pendant le montage des coupes. — Du reste, on retrouve dans les cervaux d'idiots et de déments des taches semblables (1).

A un plus fort grossissement, on voit que la plupart des cellules nerveuses ont pris une forme globuleuse, ou piriforme, laissant un assez grand espace entre elles et la névroglie, dont les noyaux sont peu abondants. Dans la région des grandes cellules, on en retrouve à peine quelqu'une de loin en loin, mais se colorant très mal par les réactifs. Nulle part il n'y a de la dégénérescence pigmentaire.

Sur une coupe prise au milieu de la *troisième circonvolution frontale*, dans la région motrice, les lésions sont plus accusées. Les pièces précédentes pouvaient se résumer ainsi : sclérose proliferatine, au point de vue des cellules, des couches superficielles de la substance grise, sclérose raréfiante des

(1) V. Pilliet. — *Lésions histologiques de l'encéphale chez les idiots.* (*Archives de neurologie*, p. 113-149, 1890.)

couches profondes, reprise du processus irritatif dans la moelle. Ici, les cellules sont raréfiées dans toute la hauteur de la substance grise, les colonnes de cellules qui la parcourent perpendiculairement, sont devenues de véritables bandes épaisses et foncées de tissu de sclérose ; enfin, dans la substance blanche, il existe une émulsion totale de la myéline, une dégénérescence graisseuse des éléments facile à voir sur les pièces colorées à l'hématoxyline et montées dans la liqueur de Farrant. Ces portions restent alors incolores, ce qui perm et de les distinguer au premier coup d'œil. Si on monte les pièces au baume de Canada qui dissout les corps gras, on voit que les tissus qui la contiennent sont sclérosés et pauvres en éléments. Les foyers de désintégration dont nous avons parlé sont ici plus manifestes et on peut mieux les étudier.

On voit qu'à ce niveau, la substance intercellulaire est très abondante ; les cellules au contraire sont rares. — Il existe des vaisseaux capillaires au sein de ces ilots. Ils s'étendent dans presque toute la hauteur de la substance grise, et leur tissu paraît extrêmement friable, car au centre de chaque foyer, il existe presque toujours une perte de substance qui s'est produite pendant les manipulations, les cellules nerveuses des différentes couche ssont confondues. Seules, quelques cellules pyramidales de la couche des petites cellules ou de celles des cellules moyennes ont conservé leur forme spéciale.

Le *cervelet* présente ses quatre couches de la substance grise normales en apparence ; les cellules de Purkinje ne paraisent pas diminuées de nombre. Il existe pourtant quelques corps granuleux, mais peu abondants dans la substance blanche.

La *moelle* a été regardée seulement dans la région *cervicale*. Les deux moitiés en sont symétriques, les cornes sont très grêles, leurs groupes de cellules persistent, mais les éléments y sont peu abondants. Pas de dégénérescence pigmentaire. D'autre part, on observe des zones diffuses, se teintant plus fortement que le reste par le carmin dans le cordon latéral de chaque côté, au contact de la substance grise et autour des racines postérieures. Il y a là un léger degré de sclérose peu avancée. Les *racines* coupées en même temps que la moelle paraissent saines.

En résumé, on observe par places de la multiplication des vaisseaux et de la prolifération des éléments interstitiels ; le tout pouvant former les petits ilots que nous avons vus. Par places aussi, et sans doute, consécutivement à la première

lésion, de la sclérose raréfiante, atrophique, la substance blanche étant prise d'une façon qui est toujours en rapport avec l'état de la substance grise, paraît l'être secondairement. C'est un cerveau d'idiot ou de dément épileptique, plus que de dément sénile; car il n'y a pas de grosses cellules en état d'atrophie pigmentaire ou granuleuse; ce qui peut d'ailleurs tenir à l'âge du sujet; mais seulement une sclérose atrophique qui ne va nulle part jusqu'à la formation de véritables bandes de tissu lamineux, telles qu'on en voit dans le cas de ramollissement par embolie, par exemple. Aussi, la forme totale de l'encéphale est respectée, si ce n'est aux points que nous avons vus plus faibles et qui peuvent s'enlever avec la pie-mère.

RÉFLEXIONS. — I. Nous avons à relever dans les *antécédents héréditaires* les fréquents *excès de boisson* du père, accompagnés de violentes colères, la *tuberculose* chez une tante paternelle et l'*épilepsie* chez une cousine germaine du même côté ; des accidents cérébraux mal déterminés chez des neveux ou nièces de l'enfant et des *convulsions* chez une sœur.

II. Signalons, en passant, l'*inégalité d'âge* des père et mère (12 ans) à laquelle divers auteurs ont attaché une certaine importance.

III. Sauf des signes d'asphyxie au moment même de la naissance, il ne semble pas que Schad.... ait notablement différé des autres enfants jusqu'à 8 ans. A l'école, on assure qu'il apprenait bien. A cette époque survinrent des troubles durant le sommeil, se présentant avec les caractères des *cauchemars*. Ils duraient depuis trois semaines sans qu'on eut rien fait, à tort, pour les dissiper, quand une nuit, l'enfant fut vivement effrayé par son père qui rentrait ivre. Un mois après cette peur, l'enfant eut son premier *accès d'épilepsie*. Deux ans plus tard, on avait déjà noté une tendance marquée vers la déchéance. La cause occasionnelle a trouvé chez Sch.... un terrain préparé

par la dégénérescence due à l'alcoolisme du père, aggravée par l'asphyxie de l'enfant à la naissance. Il est

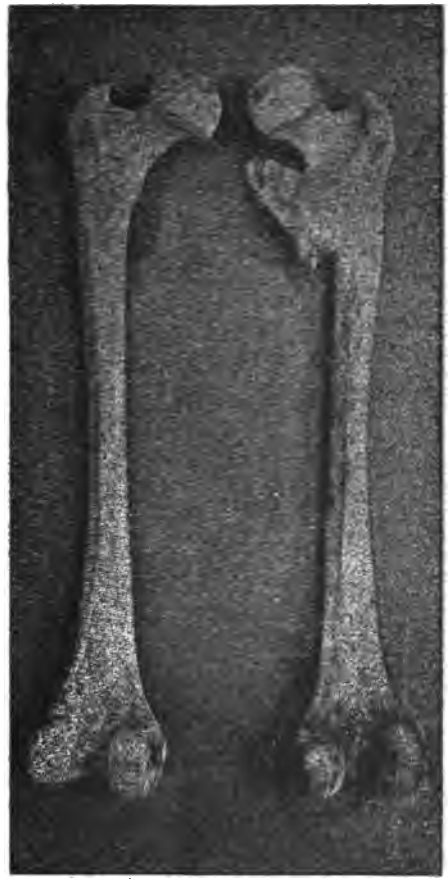


Fig. 12.

fréquent de voir ainsi les névroses et les psychoses rester silencieuses, couver en quelque sorte, pour écla-

ter brusquement à l'occasion d'un choc moral plus ou moins intense.

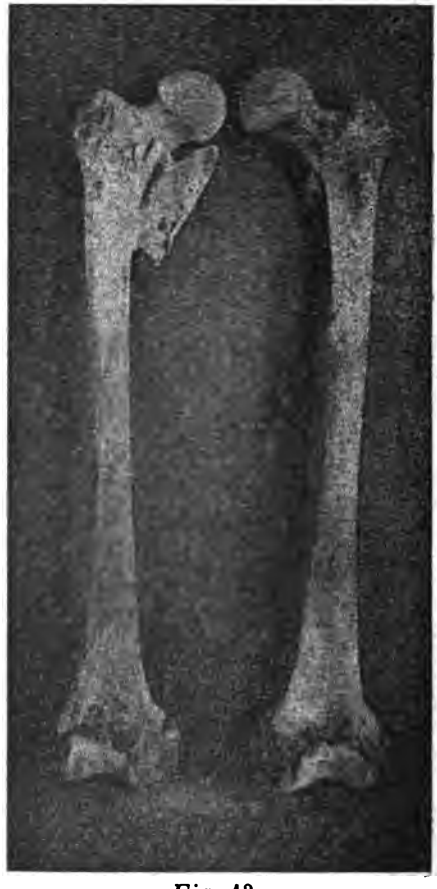


Fig. 13.

IV. L'*épilepsie* a eu, ici, sa marche malheureusement classique et trop habituelle. On pourrait pren-

dre ce cas comme type. Absence d'aura, chute brutale sur le front, plaies contuses fréquentes de la tête ; périodes d'excitation maniaque ; accès sériels ou états de mal avec élévation considérable de la température centrale ; augmentation progressive des accès, bien mis en relief par le tableau ; insuccès du bromure de potassium, du chloral, du bromure d'éthyle, de l'acide sclérotinique, des douches, etc., enfin démence.

V. Les *idées délirantes*, observées à la suite des accès se manifestaient sous deux formes, l'une *mélancolique*, l'autre *maniaque*. Dans la première, Sch... est triste, reste tranquille, parle peu ou fait des réflexions en harmonie avec sa situation d'esprit : « On est heureux quand on est mort, etc. » Dans la seconde forme, au contraire, il est grossier, injurie tout le monde, s'agite, essaie de se sauver, est violent, veut frapper ceux qui l'entourent, etc. (*manie*).

VI. Lorsqu'on est en présence d'enfants comme celui-ci, c'est-à-dire atteints d'épilepsie et d'affaiblissement prononcé des facultés intellectuelles, on peut être embarrassé pour porter un diagnostic précis, en l'absence d'anamnestiques. S'agit-il d'*épilepsie* et d'*imbécillité* congénitale ou datant des premiers temps de la vie, ou d'*épilepsie* compliquée ultérieurement d'un affaiblissement des facultés intellectuelles ou mieux de *démence*? Eh bien, à notre avis, il est possible en examinant avec soin tous les symptômes, d'arriver à poser un diagnostic précis. C'est ainsi que Schad.. avait des périodes durant lesquelles il était calme, se tenait plus convenablement, comprenait très bien ce qu'on lui disait, y répondait avec à propos et faisait des réflexions très sensées, dénotant qu'autrefois, il avait possédé une intelligence au moins ordinaire.

VII. Nous avons eu l'occasion de reprendre le crâne de Sch. au mois de novembre au cimetière et, conformément à notre habitude, nous avons jeté un coup d'œil sur les principaux os du squelette. Cet examen nous a permis de constater une lésion du fémur droit qui avait échappé pendant la vie et dont le malade ne s'était jamais plaint (*Fig.* 12 et 13). Cette lésion consiste en une *exostose* d'un genre assez particulier et dont l'origine nous échappe. Lorsqu'on l'examine en avant, elle se présente sous la forme d'une masse osseuse quadrilatère. Son bord externe mesure quatre centimètres, et se confond en bas avec le petit trochanter et la branche interne de la ligne âpre. Cette masse se porte en dedans, elle est oblique de bas en haut, et son extrémité supérieure se dirige assez fortement en avant, de manière à faire saillie en avant de la face antérieure prolongée de la tête du fémur (*Fig.* 12). La face antérieure de l'exostose est lisse, perforée de plusieurs trous. Son bord interne plongé dans les masses musculaires, mesure sept centimètres; il est lisse sauf au voisinage du bord inférieur où il est aminci et tranchant comme celui-ci. Le bord supérieur est épais et offre plusieurs aspérités.

En arrière, l'exostose est beaucoup plus étendue et se présente sous l'aspect d'une masse convexe, partant de l'extrémité inférieure du bord postérieur du grand trochanter, passant par dessus le petit trochanter qu'elle enveloppe complètement et se portant au dessous de la face interne du col du fémur, puis en avant et en haut; elle fait disparaître complètement la branche externe de la ligne âpre et l'espace compris entre elle et la branche interne. Son bord adhérent mesure 6 centimètres 1/2, son bord libre se confond avec celui de la face antérieure (7 cent.) Son bord supérieur fortement concave a 9 centimètres; son bord inférieur 3 centimètres (*Fig.* 13).

VI.

Idiotie complète symptomatique; — Adénie; — Tuberculose généralisée;

PAR BOURNEVILLE et RAOULT.

SOMMAIRE. — *Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels. — Irascibilité. — Violences. — Amygdalite. — Engorgement des ganglions rétro-maxillaires. — Laryngite. — Eczéma de la face. — Développement de l'adénie. — Conjonctivite purulente. — Diarrhée. — Examens du sang. — Tuberculose des ganglions contenus dans le thorax et l'abdomen, des poumons, du foie, des capsules surrénales, de l'intestin, etc.*

Mey.... (Paul Henri), né à Paris le 4 Juillet 1874, est entré le 6 Août 1884 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

A différentes reprises, les parents de l'enfant ont été convoqués, jamais ils ne se sont rendus à notre convocation, de sorte que nous ignorons complètement les antécédents héréditaires et personnels de notre malade.

1884. *Poids* : 27 kilog. 600; *Taille* : 1m, 25. Dès son entrée, l'enfant se montre d'un naturel violent, irascible, il donne des coups de pieds à ses camarades. La parole est à peu près nulle : son vocabulaire se réduit à « papa, maman. » — D'autres fois, il prononce des mots incompréhensibles, surtout lorsqu'il est en colère. Il sait se laver, s'habiller; il mange proprement avec la cuiller et la fourchette et se sert un peu du couteau. Il connait les couleurs, les place bien sur le tableau et reconnait les objets qu'on lui désigne.

Octobre. M.... devient moins méchant, mais il a toujours

des *accès de colère* très-violents et très-fréquents. Il pleure et rit souvent sans motif. Onanisme.

1885. — 22 *janvier*. — A la suite d'une contrariété avec ses camarades, il a arraché avec ses dents un morceau de sa veste au niveau de l'épaule droite. — Il continue à se mettre dans de violentes colères. *Poids* : 27 kilog, 400. — *Taille* : 1m25.

Dentition. — A la mâchoire supérieure, les quatre incisives et les premières molaires sont saines; les autres dents de lait sont cariées, à moitié détruites, sur le point de tomber. A la mâchoire inférieure, il n'y a que les quatre incisives et les premières molaires de la seconde dentition. Les molaires se touchent par le sommet de leur couronne, mais les incisives sont sur le même plan horizontal par leur sommet, les incisives inférieures dépassent de près d'un centimètre, en arrière, les supérieures. Les gencives sont rouges, en bourrelet. Il y a un gonflement assez prononcé des *glandes* de la région sous-maxillaire gauche.

23 *février*. — Amygdalite simple; un peu d'engorgement des *ganglions rétro-maxillaires*. La toux est rauque, la voix enrouée, presque éteinte. A l'auscultation, on ne trouve rien dans la poitrine. — *Traitement*: Ipéca, badigeonnages de jus de citron.

24 *février*. — Un peu de fièvre et d'abattement; les symptômes laryngés sont surtout prononcés. — Traitement: teinture d'iode sur la région antérieure du cou, etc.

25 *février*. — La *laryngite* est encore prononcée, peu de fièvre : l'état général s'est amélioré.

27 *février*. — A l'inspection de la gorge, on trouve trois plaques d'*herpès*; la laryngite est encore assez intense.

4 *mars*. — L'enfant a encore un peu de laryngite et de rougeur de la gorge, mais pas de fièvre; l'état général est bon. *Trait*. : Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer.

4 *avril*. — Revaccination sans succès.

18 *avril*. — Les ganglions rétro-maxillaires ont en grande partie disparu à droite, mais ils existent, quoique diminués, à gauche. L'enfant ne tousse plus.

15 *mai*. — L'enfant présente sur l'œil droit au niveau du limbe cornéen, deux vésicules d'aspect opalin, grosses comme une tête d'épingle, en même temps il a une conjonctivite intense. *Trait*: Collyre au sulfate de zinc, compresses de camomille chaude.

1er *juin*. — *Poids* : 24 kilog. 200. *Taille* : 1m 27.

2 *juin.* — Eruption eczémateuse à la partie supérieure de la face, ne dépassant pas la bouche en bas. Par places, on voit des croûtes molles, jaunâtres d'*impétigo. Trait :* cataplasmes d'amidon ; bains alcalins. Liqueur de Fowler, sirop d'iodure de fer.

18 *août.* — La face est maigre, pâle, un peu terreuse. Les lésions oculaires persistent. *Œil droit* : blépharite ciliaire ancienne, les cils de la paupière inférieure ont presque complètement disparu. Petite opacité, en nuage, de la cornée. *Œil gauche :* blépharite ciliaire plus accusée. Léger entropion de la paupière inférieure, dont les cils sont presque entièrement tombés. Le bord externe et la peau avoisinant l'angle externe de l'œil, ont un aspect érythémateux.

Conjonctivite oculaire de moyenne intensité. — *Hernie de l'iris* d'environ quatre millimètres sur deux, siégeant à la partie inféro-interne de la cornée. La pupille est attirée en bas vers la hernie ; elle est elliptique et a 2 millimètres 5 de long sur 1 mm. 5 à peine de large. — Pas de granulations conjonctivales. — *Traitement.* Collyres au sulfate de zinc et à l'atropine ; huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc.

Polyadénite. Au-dessous de l'oreille gauche existe une masse ganglionnaire de 7 cent. de hauteur sur 8 cent. de largeur ; elle se compose d'un ganglion antérieur le plus gros, et de deux autres postérieurs plus petits et inégaux. A égale distance de l'oreille et du menton, se trouve une autre masse de 4 cent. 5 de haut et de large.

Dans l'aisselle gauche, il y a un amas de ganglions tuméfiés de 5 cent. 5 de large et de long ; enfin dans l'aisselle droite est un ganglion du volume d'une petite noix. On ne constate rien au niveau des aines.

L'examen de la *rate* fournit à la percussion une matité de 6 cent. 5. sur 3 cent 5 et celui du *foie* au niveau de la ligne mamelonnaire une hauteur de 8 cent. 5 sur 9 cent.; cet organe déborde les fauses côtes de plus d'un centimètre.

19 *août.* — L'examen du *sang* provenant de la piqûre de la pulpe du doigt, montre que les *globules rouges* sont pâles ; quelques-uns sont presque décolorés. Le nombre des globules blancs varie de 1 à 3 suivant les endroits. La conformation des deux genres de globules paraît normale.

Etat actuel. (21 *août.* — *Crâne.* Les bosses frontales sont un peu saillantes. Les bosses pariétales et la protubérance occipitale interne sont plus marquées ; il existe une légère dépression transversale au-dessus de cette dernière. Le crâne pré-

sente une forme ovoïde à petite extrémité antérieure étroite, à petit diamètre saillant à ses extrémités (bosses pariétales acuminées). Le front est étroit ; les gouttières latérales sont assez marquées. De la racine des cheveux à la queue des sourcils, il y a un intervalle de 5 cent. Les arcades orbitaires sont saillantes dans la moitié externe.

Circonférence horizontale de la tête	0.525
Demi-circonférence horizontale (en passant par le front)	0.250
Demi-circonférence verticale	0.320
Diamètre bi-pariétal	0.148
— bi-temporal	0.100
— occipito-frontal	0.180

Nez étroit à la racine ; narines écartées, eczéma du nez. — *Bouche* grande, lèvres grosses, surtout la supérieure ; fissure médiane sur cette dernière, avec des fissures latérales. Saillies de la lèvre supérieure, qui ne recouvre pas l'arcade dentaire correspondante. — La *voûte palatine* est étroite, profonde, ogivale. Au niveau de la mâchoire inférieure, on constate deux *dents* surnuméraires, une à droite, l'autre à gauche, les incisives inférieures sont déchaussées ; le rebord *gingival* est saignant, et légèrement fongueux. Les *amygdales* sont un peu grosses. Le *menton* est arrondi, saillant. Les *oreilles* sont très petites, bien ourlées, détachées de la tête, à lobule non adhérent. Le *cou* est frêle, déformé par les masses ganglionnaires. Sa circonférence est de 26 cent.

Le *thorax* est très amaigri ; les espaces intercostaux et les dernières articulations costo-sternales sont saillantes. Le *rachis* est régulier, symétrique. L'*abdomen* est gros. A l'examen de la poitrine, on ne trouve aucun signe de compression ganglionnaire ; l'enfant ne présente ni tirage, ni dyspnée. On ne constate rien du côté du cœur, le pouls est normal, à 90. Aucun trouble digestif.

Les *membres supérieurs* sont grêles, amaigris ; la peau est ichthyosique (1) ; aucune malformation. Les *membres inférieurs* sont grêles aussi, maigres. La sensibilité générale est normale. Les cheveux sont blonds, roides ; les sourcils sont de même couleur et peu fournis.

27 *novembre*. — Les *masses ganglionnaires* de la région sous-maxillaire ont considérablement augmenté, ainsi que cel-

(1) Cette affection congénitale de la peau n'est pas rare chez les idiots. (B.)

les de la région axillaire du même côté. La masse sous-maxillaire droite a, au contraire, diminuéde volume. Les ganglions sont isolés et durs. De temps à autre, l'enfant semble avoir des *accès de suffocation*; les lèvres deviennent bleues, en même temps que des plaques violacées apparaissent sur la face, et qu'il se produit une toux étouffée.

1886. 1er *janvier*. — *Poids* : 27 kos,70. — *Taille* : 1m,27.

16 *juillet*. — *Conjonctivite purulente*. M... est très pâle, très maigre. La face est ridée, vieillote, les lèvres et la conjonctive sont décolorées. Au niveau des régions sous-maxillaires, tous les *ganglions* tuméfiés forment des masses énormes au-dessous des joues et des oreilles, et en arrière de celles-ci. Cette *hypertrophie ganglionnaire* est surtout marquée à gauche, où deux ganglions ont acquis le volume d'un œuf de poule, principalement celui placé juste au-dessous de la partie antérieure du pavillon de l'oreille. En arrière, les ganglions sont au nombre de 10 à 12, formant un groupe; ils ont chacun le volume d'une grosse noisette. L'hypertrophie ganglionnaire se continue jusqu'au triangle sus-claviculaire.

A droite, cette *tuméfaction des ganglions* du cou est moins marquée; deux d'entre eux ont environ le volume d'un œuf de pigeon. La chaîne se continue de même jusqu'au triangle sus-claviculaire. Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés ont le volume d'un œuf de pigeon. En aucun point, on ne constate de la rougeur de la peau; il existe quelques dilatations veineuses à la surface. Au milieu de la partie antérieure de l'*aisselle gauche* est une *tumeur ganglionnaire*, que l'on aperçoit à la partie externe, lorsque le bras repose le long du tronc; elle a le volume de la moitié d'une orange. Cette tumeur se prolonge dans l'aisselle jusqu'à son sommet; elle est formée de ganglions du volume d'un œuf de poule au plus. A sa surface, sont de nombreuses veinosités. Dans le fond de l'*aisselle droite*, on observe 4 à 5 tumeurs ganglionnaires du volume d'une petite noix. On ne constate aucun ganglion tuméfié dans les aînes. Les veines thoraciques et abdominales superficielles sont très dilatées, à la partie antérieure et à la partie postérieure.

La peau est sèche, *ichthyosique*. La respiration semble, à l'auscultation, un peu voilée à droite. Rien au cœur.

L'enfant mange bien, ne se touche pas, n'a pas d'accès de suffocation ?

25 *juillet*. — T.R. matin, 37°, 8. — Soir : T.R. 38°.

26 *juillet*. — T.R. matin, 38°, 2. — Soir : T.R. 38°.

27 *juillet.* — T.R. matin, 37°, 6. — Soir : T.R. 37°, 7.
28 *juillet.* — T.R. matin, 37°, 2. — Soir : T.R. 38°, 4.
29 *juillet.* — T.R. matin, 38°, 8. — Soir : T.R. 38°, 8.
La paroi abdominale est sillonnée de nombreuses veines très dilatées; il en est de même pour le thorax. Le *foie* déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. On ne perçoit pas de matité dans la région splénique. Ni toux, ni diarrhée, ni constipation. — *Traitement :* vin de quinquina, sirop de fer, purgatif.
30 *juillet.* — T.R. matin, 38°, 2. — Soir: T.R. 38°, 6.
31 *juillet.* — T.R. matin, 38°. — Soir : T.R. 38°, 4.
1er *août.* — T.R. matin, 38° — Soir : T.R. 38°.
Diarrhée jaune depuis la veille (4 selles). Traitement : régime lacté, potion au bismuth et laudanum.
2 *août.* — T. R matin: 37°, 6. — Soir: T.R. 37°, 8.
3 *août.* — T. R. matin: 37°, 8. — Soir: T. R. 38°. La diarrhée a diminué.
7 *août.* — L'examen du sang est difficile à faire, il ne sort qu'en petite quantité par la piqûre faite au doigt. Les globules rouges sont au nombre de 2,619,000 par m/m cube et les globules blancs de 26,000, ce qui fait un rapport de 1 globule blanc pour 100,7 rouges. (Nous donnons ces chiffres sous toute réserve, l'examen n'ayant pu être répété plusieurs fois). En outre, les globules rouges sont petits. ont de la tendance à s'agglomérer, et on trouve de nombreux hématoblastes avec plaques de fibrine.
8 *août.* — Anorexie. La diarrhée a repris ce matin. Elle est d'un gris verdâtre, hoquet ; T. R. matin 37°, 2. — Soir : 37°, 4. Traitement: Potion de Todd, etc.
12 *août.* — Les selles contiennent du sang depuis la veille. T. R. matin : 36°, 8. — Soir : 36°. 8.
14 *août.* — L'enfant ne se lève plus ; il refuse de manger ; il a une diarrhée incessante et gâte, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Il est abattu. Traitement : Potion avec décoction de bistorte, laudanum et bismuth. Thé au rhum. T. R. matin : 37°, 4. — Soir : 37°.
16 *août.* — L'enfant est très abattu, dans un état semi-comateux, il refuse la nourriture, est extrêmement amaigri, a une apparence squelettique. Météorisme très prononcé. Œdème malléolaire. Il se refroidit de plus en plus. T. R. matin : 36°, 4. — Soir : 37°.
17 *août.* — L'enfant a pris un peu de lait à 7 heures du matin, et un œuf à dix heures. Le soir on a pu lui faire prendre un potage et un œuf. Il s'est endormi à 7 heures 1/2. A 11 heures du soir, il a demandé à boire, s'est rendormi à une heure, puis

s'est réveillé subitement en poussant un cri. Il s'est rendormi jusqu'à 3 heures, a encore poussé un cri, et n'a fait aucun mouvement jusqu'à 5 heures du matin, moment où il est mort. T. R. le matin : 37°, 6. — Soir : 37°, 2. T. un quart d'heure après la mort : 38°,6 — ; une heure après : 37°, 5.

AUTOPSIE le 19 août. — Le cadavre est très amaigri. La rigidité cadavérique a complètement disparu. L'abdomen est excavé; en travers de la paroi de celui-ci on sent, à 3 ou 4 m/m au dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, une tumeur ronde, de la grosseur d'une noix, mobile, non adhérente. Un peu au-dessus de celle-ci, on sent une autre tumeur non adhérente à la peau et fixe. Dans la fosse iliaque, au-dessus du ligament de Poupart, on trouve une masse ganglionnaire, occupant la ligne médiane, fait qui n'avait pu être constaté pendant la vie, à cause du *météorisme*. Le tissu adipeux sous-cutané a complètement disparu. Les muscles sont très atrophiés et d'une couleur chair de grenouille. A la pointe de l'appendice xiphoïde, en avant du péritoine pariétal, il y a un petit *ganglion* de la grosseur d'un noyau de cerise. Tous les *ganglions rétro-sternaux sont hypertrophiés et caséeux*.

Plèvres. Adhérence totale des deux plèvres avec cloisonnement à gauche. Ganglions bronchiques hypertrophiés, ainsi que tous ceux du médiastin, qui sont aussi caséeux. — *Poumon gauche*: 590 gr. La plèvre pariétale correspondante est très épaissie, ecchymosée par places; le poumon est hyperhémié, farci de *tubercules* au sommet; on y trouve même quelques covernules. — *Poumon droit* : 600 gr. ; même état qu'à gauche. — Au niveau de la paroi thoracique du côté gauche, on découvre environ une quinzaine de tumeurs depuis le quatrième jusqu'au onzième espace intercostal.

Péricarde. Uu quart de verre de liquide citrin. *Cœur* (105 gr.) en systole; les oreillettes renferment des caillots rouges et un petit caillot cruorique (ventricule droit). Le myocarde est pâle, légèrement brunâtre à gauche, un peu transparent.

Le *corps thyroïde*, le *thymus*, le *larynx* et les vaisseaux sont enclavés dans d'énormes paquets ganglionnaires, caséeux au centre.

Le grand épiploon contient de la graisse et quelques *ganglions hypertrophiés*, Tous les ganglions situés au niveau do la petite courbure et de la grande courbure de l'estomac, sont hypertrophiés, volumineux. Tous les *ganglions mésentériques* le sont également, ainsi que ceux qui accompagnent

l'artère iliaque droite. Sur le *péritoine viscéral*, on trouve en plusieurs points, au niveau de l'intestin grêle, des traînées circulaires de petites *tumeurs* ressemblant à des tubercules caséifiés et reposant sur un fond rouge livide. Le péritoine mésentérique, qui recouvre les masses ganglionnaires, présente en différents points de petits tubercules. Le diaphragme remonte à gauche jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte, et à droite jusqu'au bord supérieur de la même côte.

Disons enfin que l'examen histologique des ganglions du cou, nous a révélé au centre de ceux-ci la présence des bacilles de la tuberculose.

Foie (900 gr.) recouvert de fausses membranes, adhérent dans sa moitié droite à la paroi thoracique, il ne déborde pas les côtes. A la face inférieure, on trouve des granulations miliaires et caséeuses; on en retrouve aussi à la coupe, de très nombreuses disséminées sur tous les points, d'une teinte jaunâtre, suivant la plupart le trajet des vaisseaux. La *vésicule biliaire* est normale. — *Rate* (160 gr.) en partie adhérente au diaphragme, hypertrophiée, dure; sa capsule est parsemée de tumeurs caséeuses, très nombreuses, variant de la grosseur d'un grain de mil, à celle d'un noyau de cerise. A la coupe, la rate est très congestionnée, et farcie de tubercules caséeux et crus. Tous les *ganglions* péri-spléniques et tous ceux qui sont situés au-dessus du *pancréas* et au niveau de sa queue sont caséeux.

La *capsule surrénale* gauche est très hypertrophiée, et se confond à sa partie inférieure avec les ganglions caséeux. Le *rein gauche* (90 gr.) se décortique bien; il présente de nombreuses étoiles de Verheyen. A sa surface, on aperçoit deux petits points caséeux ayant l'aspect des tubercules. A la coupe, on voit également un petit point d'aspect caséeux au niveau d'une des pyramides. *Uretère gauche* dilaté.

La *capsule surrénale* droite est moins volumineuse que la gauche; elle n'est qu'en partie caséeuse; les ganglions du hile sont également caséeux, comme ceux de gauche. *Rein droit* (100 gr.) même aspect qu'à gauche. Les reins n'offrent pas de dégénérescence amyloïde (teinture d'iode). *Uretère droit* dilaté.

Le *duodénum* et l'*estomac* ne présentent rien de particulier. Tous les *ganglions iléo-cœcaux* sont hypertrophiés et caséeux. — *Intestin grêle*. A un mètre de la valvule iléo-cœcale, on trouve un *diverticule de Meckel* ayant environ

4 c.m. de long sur un de large. Il y a de nombreuses traînées tuberculeuses à la surface de l'intestin grêle et du côlon. A la coupe, on trouve quelques *ulcérations intestinales* d'origine tuberculeuse. Le long du *canal thoracique,* tous les *ganglions* sont hypertrophiés, caséeux, mais les parois du canal sont saines.

Crâne. La calotte a une apparence symétrique ; toutefois, la suture bi-pariétale est située à gauche du sillon du sinus longitudinal supérieur. Le diploë est peu développé, sauf au niveau de l'occipital. Toutes les sutures sont persistantes, sauf la bi-frontale et leurs dentelures sont apparentes sur leurs deux faces. La base du crâne est à peu près symétrique, sauf la fosse cérébelleuse droite, qui est un peu moins large que la gauche. Le *liquide céphalo-rachidien* est en faible quantité. — La *dure-mère* est épaisse et plissée sur le cerveau, comme si la cavité avait été trop grande pour l'organe. —La *pie-mère* est un peu œdématiée; elle offre une vascularisation assez prononcée à la base et sur la convexité.

Encéphale : 1290 gr. — *Cervelet* et *isthme* 140 gr. — Chaque hémisphère cérébral : 550 gr. — *Bulbe et protubérance* : 20 gr. (Les 50 gr. d'écart représentent le poids de liquide qui s'est écoulé quand on a séparé les hémisphères).

Les deux hémisphères cérébraux dans leur 2/5 antérieurs sont complètement accolés par la face interne de telle sorte qu'entre eux, en avant, il n'y a pas de sillon de séparation sur une longueur de 6 c/m. C'est probablement à cette lésion qu'est dû le retrait de la faux de la dure-mère dans sa partie antérieure. Au niveau du bord supérieur des hémisphères, la dure-mère est notablement épaissie. Lorsque le pont formé par les adhérences unissant les deux hémisphères est rompu, on constate que les faces internes des lobes frontaux ne sont pas adhérentes l'une à l'autre ; elles ne sont pas non plus acccolès tout le long de leur bord orbitaire. Pas de tubercules de la pie-mère.

Les *artères* de la base, les nerfs *olfactifs*, *optiques*, les *tubercules mamillaires* et les *pédoncules cérébraux* sont symétriques. La *glande pinéale* est émaciée, un peu molle, un peu augmentée de volume. Les *ventricules latéraux* sont assez fortement dilatés, environ dans la proportion de 1/4 à 1/3.

Les hémisphères se décortiquent bien, pas d'adhérences, pas de lésions en foyer. Les hémisphères cérébelleux sont égaux ; à leur surface la pie-mère s'enlève bien.

Hémisphère droit. — *Lobe frontal* : Les circonvolutions sont très complexes et réunies par de nombreux plis de passage. F^1 est subdivisée en deux dans ses 2/3 antérieurs par un sillon longitudinal; elle est unie à la seconde frontale par un pli de passage au niveau de sa partie moyenne; ce pli de passage a l'aspect d'une petite masse arrondie, hémisphérique. — F^2, très sinueuse, est réunie à la F^3 par un pli de passage situé à sa partie moyenne, un peu en arrière de celui qui unit F^1 à F^2. — F^3 est très irrégulière. La circonvolution pariétale ascendante se continue avec la première pariétale par un pli de passage très sinueux; elle est complètement séparée du lobe du pli courbe; ce lobe présente de nombreux sillons verticaux. Les circonvolutions temporales sont très obliques de bas en haut et d'avant en arrière. La scissure perpendiculaire externe est rendue sinueuse par suite de l'irrégularité de la 1e pariétale et du pli courbe.

Face interne. Le lobe paracentral est mal délimité; il se continue très nettement par deux plis, en avant, avec la 1re frontale et en arrière avec la 1e pariétale.

Hémisphère gauche — La scissure de Sylvius est très profonde, très large. La *circonvolution* frontale ascendante est complètement interrompue entre la 1re et la 2me frontale. F1 est subdivisée longitudinalement en 2 points par deux sillons interrompus par des plis de passage entre les deux tronçons de cette circonvolution, F2 est régulière, sauf à sa partie antérieure. F3 est simple; le cap est peu marqué. La circonvolution pariétale ascendante est séparée en deux parties, au même niveau que la frontale ascendante; il existe seulement un tout petit pli de passage entre la 1re et la 2me circonvolution pariétale. La 1re pariétale présente une double origine. La première et la 2me pariétales sont unies l'une à l'autre par un pli au-dessous du pli courbe. La scissure perpendiculaire externe est à peine marquée. Les circonvolutions temporales sont presque horizontales. *Face interne* : Le lobule paracentral existe à peine; il se continue en arrière, par un pli qui revient d'arrière en avant, avec la circonvolution du corps calleux. La scissure occipitale est bien plus marquée qu'à la, face externe.

Bulbe. — L'olive droite est très volumineuse tandis que la gauche est à peine marquée.

RÉFLEXIONS : — I. L'idiotie a été représentée par les phénomènes suivants : absence de vocabulaire, parole lente, aucun perfectionnement par l'instruction, accès de colère et de pleurs, violences.

II. L'absence de tout renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels du malade nous empêche d'émettre aucune conclusion concernant l'étiologie de l'idiotie dans ce cas.

III. Au point de vue anotomique, notons l'épaississement de la *dure-mère* ; avec l'accolement des deux hémisphères cérébraux à leur partie antérieure. L'absence de *faux du cerveau* ; la rétraction des hémisphères dans l'intérieur de cette enveloppe membraneuse. La dilatation des ventricules et l'œdème pie-mérien qui sont dus sans doute aux troubles de compression occasionnés par la présence des ganglions volumineux du cou.

IV. La maladie (adénie ou tuberculose) a commencé par envahir les ganglions du cou puis s'est généralisée à la presque totalité des ganglions (aisselle, thorax, mésentère). Cette affection paraît être, selon toute probabilité, de la tuberculose ganglionnaire, comme semblent le prouver : 1° l'examen bacériologique des ganglions du cou, fait *post-mortem*, examen que nous avons reconnu la présence des bacilles tuberculeuse ; 2° la dégénérescence caséeuse des ganglions du cou, des ganglions rétro-sternaux et abdominaux ; 3° l'évolution consécutive de la tuberculose du poumon, de l'intestin, des reins et du foie.

V. Nous devons rapprocher de l'absence *de la faux du cerveau*, la *persistance du trou de Botal* et peut-être aussi l'existence d'un *diverticule de Meckel* qui peuvent être rangées parmi les lésions probables des dégénérescences héréditaires.

VII.

Porencéphalie vraie unilatérale ;

Par BOURNEVILLE et P. SOLLIER.

SOMMAIRE : — *Enfant naturel. — Renseignements insuffisants du côté paternel. — Tante paternelle aliénée. — Mère, rien de particulier. — Grand père maternel, quelques excès de boisson. — Parole nulle. — Marche à trois ans et demi, et incomplète. Pas de convulsions. — Affaiblissement paralytique du côté gauche. — Accès de colère. — Phlegmon de la région mastoïdienne. — Carie du rocher. — Méningite. — Mort. — Autopsie : porencéphalie droite. — Tuberculose des poumons et du péritoine.*

V... Louis Albert, né à Azé (Loir et Cher) le 5 février 1884, est entré à Bicêtre le 19 avril 1890 (service de M. le Dr BOURNEVILLE) et est décédé le 8 juin 1891.

Renseignements fournis par la mère du malade. — *Père*, 28 ans, journalier, cultivateur. Elle ne peut dire s'il a eu des maladies dans l'enfance ; il l'a abandonnée à la fin de la grossesse. Il était très nerveux, se mettait facilement en colère ; ses colères duraient peu. Il aimait boire, surtout du vin, ne se grisait pas souvent. Sa maîtresse ne l'a pas revu depuis cinq ans ; toutefois, elle sait seulement que son *père* est mort, et que sa *sœur* est enfermée comme aliénée à Blois.

Mère, 28 ans domestique ; elle n'aurait pas eu de convulsions, ni aucune maladie dans l'enfance. Pas nerveuse ; pas d'attaques de nerfs ; pas de fièvres graves. Grande, forte, parait intelligente. Elle ne boit pas et n'a jamais bu. Bonne conduite ; est depuis quatre ans dans la même place. Pas de migraine, de rhumatisme, de maladie de peau, etc. — *Père*, 59 ans, cultivateur, fort, bien portant. Pas nerveux ; boit du vin, se grise quelquefois. Aucune maladie sérieuse, si ce n'est à la suite de blessures. [*Mère*, 59 ans, cultivatrice ; assez forte, a toujours travaillé

à la terre; elle n'a jamais été malade, n'est ni nerveuse, ni alcoolique. Pas de migraines, de rhumatisme, etc. *Grands parents maternels* inconnus. Un frère et une sœur, *jumeaux*, morts 24 heures après leur naissance, qui eut lieu pendant l'invasion de 1870. — Un *frère*, 31 ans, journalier à la campagne, bon travailleur; très fort, très vigoureux; n'a jamais été malade même après quatre ans passés au Tonkin. Pas nerveux. Marié depuis quatre ans; a une *fille* en bonne santé; pas de convulsions. Une *sœur*, 25 ans, cultivatrice, jamais malade, pas nerveuse, très forte. Mariée depuis trois ans, elle a deux enfants, un *garçon* et une *fille*, bien portants tous, n'ayant pas eu de convulsions. — *Tante paternelle*, morte il y a longtemps, on ne sait de quoi. — Un *oncle parternel*, 55 ans, cultivateur, est bien portant ainsi que *deux oncles maternels*, très robustes. Deux enfants très bien portants; un autre est mort on ne sait de quoi. — Deux *tantes maternelles* mortes de vieillesse.

Pas de consanguinité. — Egalité d'âge du père et de la mère.

Notre malade. Au moment de la *conception*, aucun état d'ivresse. —Excellents rapports entre le père et la mère qui étaient domestiques dans la même ferme depuis deux ans. — La *grossesse* a été très-bonne : pas de traumatismes, pas de peur, de syncopes; pas d'alcoolisme. *L'accouchement* a été normal, et s'est terminé en deux heures. L'enfant, *à la naissance*, était fort, bien constitué. — Sa mère l'a mis en nourrice au bout de dix-huit jours, et s'est placée comme nourrice à Paris. Elevé au biberon par ses grands parents, au lait de vache. — Il n'a jamais parlé bien nettement, et seulement vers 3 ans 1/2. C'est à cette époque qu'il a essayé de marcher; mais il n'a jamais pu et aujourd'hui encore il est obligé de s'aider d'une chaise Il n'a jamais été obéissant et n'écoutait jamais ses grand parents. Les personnes étrangères en avaient plus facilement raison. Quand on a voulu le faire marcher, on s'est aperçu qu'il avait tout un côté, le *côté gauche*, qui ne s'y prêtait pas. En outre la main était flasque. Il en était de même de la jambe L'autre côté du corps fonctionne bien. Il n'avait pas de différence comme grosseur entre les deux côtés. C'est à cause de cette infirmité que les parents ont cherché à le placer. Il jamais eu de crises ou d'attaques quelconques, n'est jamais tombé. — Il est arriéré comme intelligence. — On assure qu'il n'est pas gourmand, ni salace, qu'il ne bave pas, n'a pas de succion, ni de rumination, ni de vomissements; il est gâteux On a pas constaté de vers, ni d'onanisme. Il n'a eu aucune

maladie infectieuse, ni offert aucune manifestation lymphatique. — Il est caressant, reconnait sa mère, ses grands parents, les personnes de la maison ; il n'a pas d'accès de colère, ni de clastomanie. — Il n'a eu aucun traumatisme. Sa mère ne sait à quoi attribuer la maladie.

Etat actuel. — 30 *mai* 1890. — Teint coloré ; aspect de bonne santé ; assez gras. — *Face :* expression d'hébétude ; crie continuellement pendant l'examen.

Tête arrondie, volumineuse, symétrique en apparence. Bosses pariétales très saillantes ; bosses frontales saillantes ; front bas. — *Face*. ovale, peu allongée. Arcades sourcilières régulières et symétriques. — *Nez* triangulaire, asymétrique ; odorat normal. — *Yeux* en amandes ; cils longs. *Strabisme* interne de l'œil droit. Iris châtains. La vision paraît normale ; mais l'enfant ne sait pas distinguer les couleurs. Pas de nystagmus. Réactions pupillaires normales.— Pommettes régulières, symétriques. — *Bouche* large, lèvres minces, avec avancement de l'inférieure. — *Langue* non déviée ; palais et voile du palais symétriques et normaux. Le goût paraît exister. — *Dentition* de lait complète : prognathisme inférieur accentué. — Menton rond. — *Oreilles* longues, normales. Ouïe bonne. — *Sensibilité cutanée* normale.

Thorax large à la base ; *abdomen* souple. Les organes de ces deux cavités sont normaux ; pas de hernie.

Membres supérieurs de même grosseur des deux côtés. Bras gauche très peu *paralysé*, mais régulièrement conformé. *Membres inférieurs* : Genoux légèrement en dedans ; — pieds bots équins. La marche se fait sur la pointe des pieds.

Tableau des mensurations (mai 1890).

1° *Crâne.*

Circonf. horiz. maxima	35
1/2 circonf. bi-auriculaire	14
Dist. de l'occiput à la racine du nez	34
Diamètre antéro-postér. maxima	16
— bi-auriculaire	14
— bi-pariétal	15

2° *Membres supérieurs.*

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle	28	28
Circonférence à 10 cm. au-dessus de l'olécrâne	20	19
Circonférence à 10 cm. au-dessous de l'olécrâne	20	19
Circonférence au niveau du poignet	13	12 1/2
Circonférence du métacarpe	15	14 1/2

Distance de l'acromion à l'olécrâne.....	22	22
Distance de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus.....	16	16
Distance du cubitus à l'extrémité du radius	12 1/2	12 1/2
3° *Membres inférieurs.*		
Circonférence au niveau de l'aine.....	36	36
Circonférence à 10 cm. au-dessus de la rotule.....	27	27
Circonférence à 10 cm. au-dessous de la rotule.....	22	22
Circonférence an niveau du cou de pied..	18	18
Circonférence à la partie moy. du pied....	18	18
Distance de l'épine iliaque antérieure, à l'interligne du genou.....	29	29 1/2
Distance de cet interligne à la malléole externe.....	26	27
Distance de la malléoie externe à l'extrémité de l'orteil médius.....	16	16

Les mensurations des membres montrent que le bras gauche est un peu moins volumineux que le droit. Comme la différence est légère, cela explique qu'elle ait pu échapper aux parents qui estimaient que les membres étaient égaux.

Peau, glabre, rosée ; cheveux roux, implantés régulièrement; éruption de boutons rouges sur les fesses, aux plis de l'aine, au scrotum et aux cuisses produite probablement par l'irritation de son urine. — *Verge* petite, long. : 4 cent. circ. : 4 cent. — Gland recouvert, découvrable, prépuce long.

1890. *Mai.* — Traitement : bains salés ; sirop d'iodure de fer ; gymnastique des jointures, exercices de marche. *Poids* : 20 kilog. — *Taille* : 1m 12.

Juillet : *Poids* : 21 kilog. — *Taille* : 1m 12.

1er *octobre.* — Teigne.

Octobre. — Revaccination.

L'enfant mange seul, avec la cuiller ; la mastication est bonne ; les selles, involontaires, sont régulières. Viv... marche avec difficulté en se tenant à une chaise qu'il pousse devant lui. Il est sujet à des accès de colère, pousse des cris. Il est jaloux et essaie de battre les enfants qu'il voit caresser auprès de lui. Il n'aide en rien pour s'habiller. Il roule les yeux en dedans, principalement le gauche et balance latéralement la tête. Ni grincements de dents, ni bave, ni succion. La parole est limitée àquelques mots. Le sommeil est calme.

1891. *Janvier.* — *Poids* : 22 kilog. 500. — *Taille* : 1m 125.

27 *avril.* — L'enfant refuse de manger et est pris de fièvre. — T. R. 38°, 8 le matin et 40°, 5 le soir.

28 *avril.* — Pas d'éruption, rien dans la poitrine; abdomne un peu ballonné; peau chaude, yeux brillants, langue sèche et saburrale. Gorge très rouge. — Sulfate de quinine, lavement. *Matin* : T. R. 40°, 5.— *Soir* : T. R. 39°, 9.

30 *avril.* — Léger abaissement de la température. Même état général; aucun signe du côté des organes du thorax et de l'abdomen.

2 *mai.* — La fièvre persiste, affectant le type rémittent. Pas de diarrhée, ni de constipation. — Pas de taches rosées. — Rien à l'auscultation. Rien dans les urines. — Potions vinaigrées, sulfate de quinine, naphtol.

6 *mai.* — On constate une tuméfaction, avec battements, derrière l'oreille.

7 *mai.* — Fluctuation nette. — Incision de l'*abcès mastoïdien* qui est sous-cutané. L'os ne semble pas entamé. Lavage au sublimé. — La *température* se maintient néanmoins, avec persistance du mauvais état général. Le 10 mai il commence à s'écouler un peu de pas mauvaise nature par l'oreille. Cet écoulement devient de plus en plus abondant et il n'y a plus de tuméfaction de la région mastoïdienne. — La fièvre et l'état général persistent toujours. Le 13 mai, le malade présente des vomissements ; puis des sueurs surviennent, avec un peu de diarrhée fétide le 14.

20 *mai.* — L'écoulement par l'oreille est toujours très abondant. Il n'y a aucun phénomène méningitique. Il en est de même jusqu'au 25 *mai*, où l'enfant commence à pousser des cris fréquents. Sueurs toujours abondantes, sudamina par larges plaques. La poche sous-cutanée se referme, mais l'écoulement persiste, et la fièvre est toujours élevée. L'enfant s'amaigrit considérablement. Pas de vomissements, de diarrhée, ni de constipation.

26 *mai.* — A la place de l'ancienne collection, on trouve une légère fluctuation. Après incision qui donne issue à deux ou trois cuillerées de pus sanguinolent, on sent avec le stylet l'*os mis à nu et éburné.*

3 *juin.* — Les symptômes locaux diminuent d'intensité, mais le malade présente de l'excitation nocturne, avec cris inarticulés. Pas de constipation, d'inégalité pupillaire, ni de convulsions. — Les jours suivants les phénoménes d'excitation persistent.

7 *juin.* — Il y a une épistaxis pendant la nuit et le 8 il meurt à 8 heures 1/2 du matin. — T. R. 41° après la mort; 40°,7 un quart d'heure après; 39°,9 une heure après; 36° deux heures après. — *Poids* après décès : 19 k. 100.

UNIV. OF CALIFORNIA

Le tableau des températures nous parait assez intéressant pour être consigné ici.

Dates	Matin	Soir	Dates	Matin	Soir
27 avril	38° 8	40° 8	19 mai	38° 8	38° 8
28 —	40 6	39 9	20 —	39 1	39 5
29 —	39 5	41	21 —	39 7	40
30 —	39 2	40	22 —	38 6	40 2
1er mai	38 8	40 7	23 —	39	40 6
2 —	39	40° 1	24 —	39 2	39 8
3 —	389	40	25 —	39 5	39 8
4 —	39 1	40 1	26 —	39 5	40 4
5 —	38 9	40 5	27 —	40 3	40 5
6 —	38 2	40 4	28 —	38 9	40 5
7 —	39	40 4	29 —	40 1	39 5
8 —	39	40 2	30 —	39 2	40 1
9 —	40	39 4	31 —	38 6	40 1
10 —	38 8	39 3	1er juin	39 6	40 6
11 —	39 3	39 3	2 —	39 4	40 7
12 —	38 8	39 1	3 —	39 4	40 8
13 —	39	40 3	4 —	40 1	40
14 —	39 1	40	5 —	39 7	40 6
15 —	38 6	40 1	6 —	40	41
16 —	39 4	39 3	7 —	40 6	41
17 —	39 1	39 1	8 —	41 1	41
18 —	39 3	39 4			

Le fait principal qui ressort de ce tableau c'est l'élévation de la fièvre et sa forme rémittente.

AUTOPSIE pratiquée 26 heures après la mort. — Emaciation extrême : les jambes sont fléchies sur les cuisses, avec adduction et rotation en dedans. Impossibilité de modifier cette attitude vicieuse. — *Tête*. Le cuir chevelu est très amaigri, sans ecchymoses. Les os sont minces et très durs. La *suture interfrontale* est complétement soudée, sans trace de dentelures. La bosse frontale est transparente dans ses parties latérales. Les autres sutures présentent des *dentelures* très-nettes et sont complètes. Le *pariétal droit* est translucide. — Les bosses pariétales sont très prononcées, surtout la gauche.— A la base, les gouttières

olfactives sont profondes et la droite est plus étroite que la gauche; on a quelque peine à en retirer le nerf. Fosse pituitaire normale. — L'apophyse clinoïde postérieure gauche est moitié moins saillante que la droite. Les fosses temporales paraissent égales. — Les *fosses occipitales* sont profondes. — Le *trou occipital* paraît normal. — La *dure-mère* est un peu épaissie, mais n'est pas congestionnée. Les sinus renferment quelques caillots noirs. La *pie-mère* présente une très légère vascularisation uniforme.

A l'ouverture du crâne il s'est échappé une assez grande quantité de *liquide céphalo-rachidien* et la moitié droite de la dure-mère s'est affaissée comme si l'hémisphère manquait.

A l'intérieur de la cavité crânienne, au niveau du rocher, on ne trouve rien de particulier. La *dure-mère* est normale. L'os est intact. Les orifices, et en particulier le conduit auditif externe, sont absolument normaux, et nulle part on ne trouve de trace d'inflammation. Au dehors, au contraire, la peau de la région mastoïdienne étant disséquée et rabattue, on tombe sur un os dont le périoste est détruit. Il présente une coloration grisâtre et 3 ou 4 fistules qui conduisent dans une cavité centrale du volume d'un centimètre cube environ, laquelle communique avec le conduit auditif externe.

Les *vaisseaux* et *nerfs* de la base sont symétriques et paraissent égaux. Les *tubercules mamillaires* sont inégaux; le droit est plus petit que le gauche. Le pédoncule cérébral droit parait évidemment moitié plus petit que le gauche. —

Encéphale. 910 gr. — Cerveau : 735 gr. — Hémisphère droit : 190 gr. — Hémisphère gauche : 540 gr. — Cervelet et isthme : 175 gr. — Hémisphère cérébelleux droit : 90 gr. — Hémisphère cérébelleux gauche : 80 gr.

Quand onexamine le cerveau par sa base on constate qu'il présente une asymétrie considérable entre les deux hémisphères, L'hémisphère droit est en retrait d'un cent. et demi. environ en avant et en arrière sur l'hémisphère gauche; il présente de plus, sur la partie latérale, une encoche qui arrive jusqu'aux couches optiques et qui occupe le tiers de la périphérie. Les tubercules quadrijumeaux antérieurs sont inégaux de volume, le gauche étant plus grand que le droit. Ils sont situés, ainsi que les tubercules postérieurs, sur un plan supérieur du côté gauche, à celui du côté droit. Les bandelettes optiques sont inégales, la droite étant beaucoup plus mince que la gauche. Les tubercules mammillaires sont situés sur un plan différent, celui de droite étant beaucoup plus bas que le gauche. Le pédoncule droit est un 1/3 plus petit quele gau-

che et ils ont éprouvé tous deux un mouvement de torsion, le gauche étant excentrique au droit. Les circonvolutions postérieures de l'hémisphère droit qui ont leur largeur d'un tiers moins grandes que celles des circonvolutions gauches, présentent, en outre une dépression régulière de toute leur surface.

Hémisphère droit. Face externe. Toute la partie latérale de l'hémisphère est absente, Le ventricule latéral est ouvert dans toute son étendue, depuis l'extrémité postérieure de sa corne antérieure. La corne d'Ammon et le corps opto-strié forment une saillie facilement reconnaissable à l'extérieur. Cette vaste cavité est tapissée par une membrane lisse qui vient rejoindre la pie-mère. Les circonvolutions qui entourent la cavité et la limitent sur ses quatre bords (elle a en effet la forme d'un quadrilatère allongé) viennent s'infléchir vers elle en convergeant et ne présentent que partiellement une section à pic.

Le lobe antérieur est constitué par trois circonvolutions parallèles séparées par des sillons profonds et étroits. La 1re et la 3e qui sont les plus volumineuses sont subdivisées elles-mêmes en deux autres par un sillon analogue, de sorte que, dans sa partie moyenne, ce lobe présente cinq circonvolutions superposées et sensiblement égales. Par leur extrémité postérieure elles se confondent pour s'invaginer dans le porus. Le bord supérieur est constitué par une seule circonvolution présentant de petits sillons verticaux peu profonds et dans lesquels il est impossible de reconnaître aucun des sillons normaux. Cette circonvolution de 2 c/m environ d'épaisseur est nettement séparée, à son extrémité postérieure, du lobe postérieur par une scissure très profonde.

La partie postérieure de l'hémisphère est constituée, en avant, par un lobule de forme losangique, parcouru par des sillons peu profonds, mais assez larges. Une circonvolution qui paraît représenter les circonvolutions temporales, d'un cent, en moyenne d'épaisseur limite ce lobule en bas, puis se recourbe à angle droit pour le limiter en arrière, et le séparer ainsi du lobe occipital auquel il n'est contigu que par sa partie supérieure, qui se continue du reste avec cette circonvolution temporale. Le lobe occipital est séparé de cette dernière par un sillon profond qui traverse l'hémisphère dans toute sa hauteur. Il a la forme d'un quadrilatère allongé et est sillonné par de petits sillons sans direction précise.

Face interne. — La partie antérieure est constituée par trois circonvolutions concentriques qui s'enroulent autour de

la tête du corps calleux. La plus antérieure est assez large, bien séparée de la seconde par un sillon profond et étroit, et présente, à sa partie moyenne, un petit sillon perpendiculaire au précédent. La seconde part de la base de l'hémisphère, recouverte dans sa moitié inférieure par la 1re circonvolution, et forme le bord supérieur de l'hémisphère dans sa moitié supérieure. La 3e enfin, prend son origine en arrière de la précédente, lui est complètement concentrique et se termine sur le bord de l'hémisphère, un peu en arrière d'elle. La circonvolution du corps calleux qui forme le bord du *porus* est très développée en arrière, et s'effile en avant; elle présente à sa surface quelques petits sillons peu profonds à direction indéterminée. Le lobe occipital est séparé, comme nous l'avons dit, de la circonvolution précédente par une scissure extrêmement profonde, la scissure occipitale. Il a une forme triangulaire et est constitué par deux circonvolutions, une supérieure subdivisée par un sillon horizontal et une inférieure, simple; ces deux circonvolutions divergent entr'elles à leur extrémité antérieure, en laissant un espace triangulaire comblé par un petit lobule de même forme.

Face inférieure. — Le lobe antérieur est assez normalement développé. La partie antérieure est formée par la 3e circonvolution frontale qui vient rejoindre la 1e de la face interne. En arrière se trouve le sillon cruciforme. Le sillon olfactif fait défaut, et en arrière du sillon cruciforme les circonvolutions ne présentent plus de forme déterminée. Ce lobe est séparé du lobe postérieur par le porus, en dehors, et en dedans par le corps opto-strié. Le lobe postérieur, de forme quadrilatère, est constitué par quatre circonvolutions parallèles. La 1e limite ce lobe en dehors et rejoint, en arrière, la seconde dont elle est séparée par un sillon profond dans ses deux tiers antérieurs. La seconde, plus étroite, se confond, en avant, avec la 3e, dont elle est séparée par un sillon assez large et profond. La 3e très large en avant, s'effile en arrière et n'atteint pas l'extrémité postérieure. La dernière enfin, de beaucoup la plus volumineuse, est séparée de la précédente par un sillon profond et divisée en deux parties, antérieure et postérieure, par un sillon transversal qui vient rejoindre la scissure précédente.

Hémisphère gauche. Face externe. — Cet hémisphère présente un développement normal, les circonvolutions y sont de volume ordinaire, très sinueuses, bien séparées les unes des

autres par des sillons profonds. Les scissures de Rolando et de Sylvius ne présentent rien de particulier. F_1 est très développée dans sa partie postérieure où elle présente un dédoublement en deux grosses circonvolutions. — F_2 est plus grêle, présente une seule racine et est très sinueuse. — F_3 est très développée et renflée surtout à sa partie moyenne où elle forme un lobule triangulaire.— F. A. est divisée en deux parties par un sillon transversal qui la coupe en son milieu. — F. A. est bien développée, et présente trois scissures transversales profondes, dont une la divise comme F. A. en deux parties. Le lobe pariétal supérieur est formé de nombreuses circonvolutions très séparées les unes des autres mais anastomosées entr'elles en de nombreux points. Le lobule marginal est coupé dans toute sa hauteur par la scissure de Sylvius qui rejoint le pli courbe. Le lobule du pli courbe est bien développé. Les trois temporales, nettement séparées à leur partie postérieure, se confondent à l'extrémité antérieure. Les circonvolutions occipitales ne présentent rien de particulier.

Face interne. — La frontale interne est très volumineuse et parcourue par de nombreux sillons dont quelques-uns assez profonds. Le lobule paracentral, très développé en avant, l'est à peine en arrière. Le lobule quadrilatère est volumineux, très nettement séparé du dernier par la scissure sous-frontale et du lobe occipital par la scissure occipitale. Le lobe du corps calleux est très peu développé en avant et se renfle en arrière en présentant d'assez nombreuses sinuosités des circonvolutions. Le lobe occipital n'offre rien de particulier.

Face inférieure. — Vu de face il n'offre rien de particulier à signaler, soit au niveau du lobule orbitaire, soit au niveau des circonvolutions temporales.

Protubérance annulaire très asymétrique, beaucoup plus développée à gauche qu'à droite.

Bulbe. — La pyramide antérieure droite est très réduite et contraste nettement avec la gauche qui est au contraire bien développée. Quant au *cervelet*, il est également asymétrique et plus développé à droite qu'à gauche.

Cou. — *Larynx* et *trachée*, sains. — *Corps thyroïde*, 15 gr.; normal d'aspect et de consistance. *Pas de trace de thymus. Péricarde* normal, sans adhérences. *Cœur* (130 gr.), normal. Pas de persistance du trou de Botal. — *Poumon gauche* (150 gr.), normal, sauf au niveau du lobe inférieur qui est conges-

tionné. — *Poumon droit* (350 gr.), farci de tubercules dont quelques-uns sont caséifiés. Congestion intense de tout l'organe.

Abdomen. — L'épiploon est adhérent à la paroi, et criblé de granulations noirâtres, dures au toucher. — La masse intestinale est adhérente par toutes ses anses, et aussi au foie, au diaphragme et à tous les organes abdominaux. — Le *péritoine* viscéral est couvert de granulations du volume d'un grain de mil à un petit pois. *L'intestin* est sain sur la face interne qui est un peu pâle. — Le péritoine stomacal est également couvert de *granulations.* — *Foie* (830 gr.), adhérent au diaphragme et à l'estomac. Sa surface est rugueuse, déchiquetée par suite de la rupture des adhérences, congestionné à la coupe. — *Rate* (48 gr.) petite, recouverte de granulations; rien à la coupe. — *Reins* (80 gr. chacun). Difficiles à enlever de leur loge; adhérents avec le paquet intestinal. — *Uretères* perméables. — *Pancréas* (33 gr.) d'aspect naturel. — *Vessie* saine; pas de calculs.

REMARQUES. — I. Cette observation est un cas typique de porencéphalie vraie. Elle doit être rapprochée des deux observations que nous avons communiqués au Congrès internationnal de médecine mentale de 1889 et que nous avons reproduites dans le *Compte-rendu* de 1890. En dépit de l'insuffisance des renseignements au point de vue étiologique, il paraît néanmoins certain que la lésion est congénitale et due à un arrêt de développement, tenant peut-être lui-même à une anomalie de l'irrigation artérielle dans la zone de la sylvienne. Il est remarquable que, malgré l'absence complète des circonvolutions motrices du côté droit, les membres du côté gauche n'aient présenté qu'une légère différence dans leurs dimensions avec ceux du côté droit et n'aient offert qu'un affaiblissement paralytique sans paralysie véritable. C'est une particularité qu'on relève fréquemment dans les cas de lésion congénitale du cerveau, portant sur les centres moteurs.

II. Au point de vue intellectuel l'enfant, malgré le parfait développement de son hémisphère droit, était extrêmement peu développé : il en est, du reste, presque toujours ainsi dans la porencéphalie.

III. Nous avons vu indiqué dans la bibliographie du *Medical News* (4 juin 1892), un mémoire du Dr Forest Willard, relatif au traitement de la porencéphalie par la trépanation (1). Or, si on se reporte aux cas publiés par les auteurs, à celui qui précède et à nos deux cas antérieurs, on est bien vite persuadé de l'inutilité complète d'une semblable opération.

(1) *A case of porencephalus in which trephincing was done*, by Dr Forest Willard and J. Hendrie Lloyd. Reprint 1892.

VIII.

Imbécillité et instabilité mentale; Impulsions génitales;

Par BOURNEVILLE et A. SOREL.

On a l'habitude de diviser les enfants atteints de dégénérescence mentale en trois groupes principaux: les idiots, les imbéciles et les arriérés. Parmi les enfants ou les adolescents de ces deux derniers groupes, il n'est pas rare d'en rencontrer chez lesquels la déchéance intellectuelle est comparativement moins prononcée que la déchéance morale et qui, en outre, offrent des impulsions morbides variables. Tel est le cas de la malade dont on va lire l'histoire.

OBSERVATION. — *Père, grand-père et cousins paternels alcooliques. — Cousine paternelle fille publique. — Autre cousine idiote. — Mère migraineuse, peu intelligente. — Cousine maternelle aliénée et alcoolique. — Deux frères alcooliques et deux morts de convulsions. — Inégalité d'âge de 13 ans.*

Conception durant l'ivresse. — Émotions pendant la grossesse. — Asphyxie à la naissance. — Gâtisme jusqu'à 4 ans. — Imbécillité, turbulence, accès de colère. — Instabilité mentale. — Impulsions génitales précoces.

May.., Antoinette, âgée de 16 ans et 1/2, nous a été amenée à notre consultation de Bicêtre du jeudi, le 14 juin 1888.

Antécédents héréditaires fournis par sa mère (14 juin 1888). — Son *père*, marchand de chevaux, est mort à 52 ans ; il avait le ventre très gros, il avait eu des vomissements avec un peu de toux, il est resté au lit une quinzaine de jours ; « le médecin a dit qu'il était mort parce qu'il avait les intestins brûlés par

la boisson ». Il n'aurait pas été malade autrement depuis son mariage, mais il était *toujours dans le vin ;* il avait des *colères* très vives quand il *rentrait ivre* chez lui, ce qui lui arrivait presque tous les jours. Il aurait eu une maladie de peau dont on n'a pu préciser la nature. Il courait beaucoup, découchait souvent dans le commencement de son mariage. Il était *très porté* pour les *plaisirs vénériens*. Il faisait des excès avec sa femme et voyait encore d'autres femmes. Il aurait également eu des habitudes contre nature. Etant jeune, il se masturbait. Dans l'adolescence il aurait eu la fièvre typhoïde (?). [*Père*, carrier, mort à 66 ans, on ne sait de quelle cause, il *était toujours ivre*; on le ramassait souvent dans les rues. — *Mère*, morte en couches du père de la malade. — *Grands-parents*, pas de renseignements. — Une *sœur*, morte de la poitrine à 20 ans. La mère de la malade n'a connu que deux cousins qui, eux aussi, « se saoulaient ». Une cousine germaine a été dans une *maison publique*; une autre cousine est morte idiote. Pas d'autres idiots ou débauchés, pas d' aliénés, pas d'épileptiques dans la famille].

Mère 52 ans, blanchisseuse, puis concierge; elle parait d'une intelligence très médiocre; elle ne sait ni lire, ni écrire. Elle est *migraineuse ;* les maux de tête la prennent la nuit, se compliquent d'étourdissements, de bourdonnements d'oreille, de vomissements qui se répètent deux ou trois fois; le tout dure environ 24 heures. Pas de maladies de peau, ni de maladies infectieuses, ni de convulsions. Réglée la première fois à 14 ans; règles régulières, ménopause à 50 ans. De 17 à 30 ans, elle a été sujette à des crises de *gastralgie*. Tous ces accidents montrent qu'elle est très nerveuse, ainsi qu'elle l'avoue. — [*Père*, perruquier à l'hospice de Bicêtre, est mort à 60 ans, à l'hospice, à la suite d'une opération sur le gros orteil; il était sobre et n'était pas migraineux. — *Mère*, 81 ans, *asthmatique*, n'a pas eu de maladies nerveuses; elle se plaint de temps à autre de douleurs dans les articulations des doigts. — *Grands-parents paternels*, pas de renseignements ainsi que sur le *grand-père maternel*. — *Grand'mère maternelle*, morte à 86 ans, on ne sait de quoi. — Une *tante maternelle* est morte d'une fluxion de poitrine, une autre tante maternelle a des *varices* et des *ulcères* des jambes. — Un *oncle maternel* est mort d'une fluxion de poitrine, il était sobre. Un *cousin germain* a été soigné pendant 4 ou 5 mois dans une maison de santé, il *boit continuellement*, il est à moitié *idiot*. — Un *frère* mort de la poitrine; — un autre frère, marchand de vin, bien

portant, ne fait pas d'excès de boissons. — Pas d'aliénés, d'épileptiques, etc., dans la famille.]

Pas de consanguinité (Père d'Arcueil, mère de Bicêtre). — Différence d'âge, 13 ans; 14 enfants: 1° L'aîné, employé à la douane, ne fait pas d'excès de boissons, se conduit bien; — 2° Garçon, voiturier, *boit beaucoup;* 3° Garçon mort de la variole; il faisait des *excès de boisson*; sa mère a été souvent le réclamer au poste; — 4° Notre malade; — Enfin un garçon de 13 ans bien portant. — Les autres enfants sont morts en bas âge, 2 de *convulsions*, les autres à la suite de diarrhée.

Notre malade. — La *conception* a eu lieu *dans l'ivresse*, les rappports sexuels avaient presque toujours lieu dans ces circonstances. — *Grossesse* pénible, compliquée de maux de ventre; souvent elle a été obligée de fuir son mari en état d'ivresse. Une fois elle se serait évanouie à la suite d'uue discussion violente, puis a eu un tremblement passager; pas de coups, pas de chutes, pas d'alcoolisme — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme : il a duré de 7 *h. du soir à 6 h. du matin.* — A la *naissance*, l'enfant n'a pas crié tout de suite, *elle était toute bleue*; on a été obligé de la frapper pour la ranimer. — Elle a été élevée au sein en nourrice. Jamais de convulsions; variole à 8 ans; ni rougeole, ni scarlatine, ni méningite, ni fièvre typhoïde, ni de maladies de peau, ni migraines. — Elle n'était pas encore propre à 4 ans; aujourd'hui elle ne gâte plus, mais elle est très sale dans sa tenue. Elle a été à l'école; elle lit péniblement, mais ne sait pas écrire ni compter. Elle était turbulente, *se battait avec les garçons*, mettait le désordre dans toute la classe, ne voulant rien faire. Sa maîtresse disait qu'elle n'en avait jamais vu de pareille. Sa mère ne sait, si étant petite, elle était portée à la masturbation.

Mise chez des sœurs, elle était la même, se battait avec elles. Vers 12 ans elle a commencé à courir les hommes. Une fois, envoyée en course, elle n'est rentrée qu'à 1 h. du matin. Elle a été entraînée par un homme qui l'a conduite dans sa chambre, et l'a gardée plusieurs heures. Elle ne découche pas. Elle court après les hommes; elle en a eu jusqu'à quatre dans la même journée. Quand on la réprimande, elle ne répond pas. Elle ne veut rien faire; elle reste des journées assise. Quelquefois, la nuit, elle rêve tout haut de ses rendez-vous. Elle n'aime personne, elle semble ne pas avoir d'affection pour sa mère. Elle a des accès de colère, et, si elle osait, elle battrait

sa mère. Elle ne mange pas très proprement et a un grand appétit. Les *règles* ont paru à 15 ans; elles sont régulières; mais peu abondantes.

Même avant les rapports avec l'homme dont nous avons parlé plus haut, elle était excitée par la vue des hommes; étant chez son oncle maternel (marchand de vin), elle allait auprès des hommes et se laissait toucher sans rien dire. Mais jamais elle n'a eu d'habitudes d'onanisme, prétend-elle. A partir de cette fugue, elle a été de plus en plus difficile à tenir. Il fallait la surveiller constamment. Dès qu'on n'était plus près d'elle, elle se sauvait avec des hommes.

Elle a été à l'école jusqu'à onze ans. A treize ans, elle a été mise chez sa cousine qui s'en servait pour faire le ménage; celle-ci a dû la rendre à sa mère parce qu'elle cherchait à avoir des rapports avec son fils à elle, le cousin de la malade, âgé de 16 ans.

Placée comme blanchisseuse à côté de l'habitation de sa mère, elle a été renvoyée au bout de trois mois, parce qu'elle cherchait constamment à avoir des rapports avec le mari de la blanchisseuse. Elle est restée ensuite chez sa mère où elle ne faisait à peu près rien; elle restait immobile, ne pensant qu'aux hommes. Souvent, quand sa mère l'envoyait en commission, elle allait chez un homme du voisinage avec lequel elle a eu des rapports. Sa mère n'a découvert ces relations que plus tard. Chaque fois qu'elle sortait, elle « accostait les hommes; c'était le sien s'il voulait. »

Placée à Longjumeau chez des jardiniers elle accostait tous les hommes qu'elle voyait. — La maîtresse ne pouvait pas la laisser dix minutes seule qu'elle était avec un homme. — « Ça se passait dans la grange, dans l'écurie, partout. Elle avait jusqu'à 7 hommes dans les derniers temps. Il en venait jusque de Sceaux. Elle attaquait tous les hommes qui passaient sur la route, tandis que sa patronne était au marché, le jeudi et le dimanche. C'est pour cela qu'elle me l'a rendue au bout de six semaines. »

Etat actuel. — Le *crâne* est symétrique, le front est élevé. — Les *oreilles* sont bien ourlées à la partie supérieure, l'ourlet est à peine marqué à la partie inférieure. Le lobule est adhérent. — Les *arcades sourcilières* sont normales. — Les *cheveux* sont noirs et abondants. — Les *sourcils* sont bien plantés, séparés par un intervalle de 15 millim. La fente palpébrale est normale. — Les pupilles sont également dilatées. L'iris est marron; pas de lésions des conjonctives. — Le *nez*

est un peu gros, les narines bien fendues, il y a une étroitesse congénitale de la cloison. La voûte palatine et le voile du palais sont normaux. — Les *lèvres supérieure et inférieure* sont épaisses. — La *bouche* a 6 centimètres d'ouverture, il y a un prognathisme supérieur très prononcé. — *Cou*, circonférence 52 centim. — *Thorax* symétrique, pas de déviation de la colonne vertébrale. — Le *ventre* est souple ; la pression de la région ovarienne n'est pas douloureuse.

Les *membres supérieurs et inférieurs* sont bien conformés. Pas d'anomalie des mains ni des pieds.

Les *organes génitaux externes* ne présentent pas d'anomalie, les petites lèvres sont peu développées ainsi que le capuchon, le vagin est assez étroit. — *Puberté :* Poils sur le pénil assez abondants, s'étendant un peu sur les cuisses et en arrière jusqu'à l'extrémité des grandes lèvres sans atteindre l'anus. — Les cuisses, surtout les jambes, sont couvertes de petits poils assez abondants. Sur les avant-bras on trouve une assez grande quantité de poils assez longs de chaque côté. Dans le dos on trouve également des poils descendants jusqu'aux lombes qui sont glabres. — La malade n'est ni propre ni soigneuse de sa personne.

La mère d'Antoinette était venue demander à l'un de nous la conduite à tenir envers elle. Le placement s'imposait. Tout retard pouvait faire craindre que, la malade devenant enceinte, on eût bientôt double charge au point de vue de l'Assistance publique. Conformément aux décisions du Conseil général de la Seine qui ont rendu illimité le nombre des placements volontaires, Antoinette fut conduite directement à l'Asile clinique (Ste-Anne) avec un certificat délivré par le Dr P. Bricon. Le directeur refusa de l'admettre sans l'intervention de la police. Mme May... fut donc obligée de se rendre avec deux témoins patentés chez le commissaire de police de son quartier afin qu'il fît un réquisitoire. De là elle se rendit au Dépôt de la Préfecture de police, d'où sa fille fut envoyée le même jour au bureau d'admission de l'Asile clinique. Peu après elle fut tranférée à l'asile de Ville-Evrard. Sa mère invoquant la perte de temps et les dépenses que lui occasionnaient, à elle sans ressources, les voyages à cet établissement, réclama à M. le Préfet de la Seine, qui y consentit, le transfert de sa fille à l'asile de Villejuif situé à côté de son domicile(1). Elle y est

(1) Elle habite auprès de Bicêtre sur les confins de la commune de Villejuif.

morte le 8 février dernier, dans le service de M. le Dr Briand, d'une tuberculose pulmonaire.

RÉFLEXIONS. — I. Nous avons à relever tout d'abord l'*alcoolisme* chez le père et plusieurs membres de sa famille et de la famille de la mère, l'*arrêt de développement intellectuel* et les *migraines* de la mère; l'*aliénation*, l'*idiotie* et les *convulsions* chez des parents plus ou moins rapprochés.

II. A l'influence de l'*hérédité* est venue se joindre la *conception durant l'ivresse alcoolique*, puis des émotions pénibles pendant la grossesse.

III. Une autre cause s'est encore ajoutée aux précédentes : l'*asphyxie à la naissance*. C'est l'une des causes que nous rencontrons le plus souvent dans l'histoire de nos malades. Elle est indubitable, croyons-nous. L'an dernier nous avons reçu une petite fille, Deva... Louise, âgée de 10 ans, qui, jusqu'à 2 ans, offrait le développement physique et intellectuel des enfants de son âge. Alors, un incendie éclata dans le logement de ses parents. Elle fut retirée asphyxiée, sans connaissance. Elle ne revint à elle qu'au bout de près de deux heures de soins. Après cet accident son intelligence avait considérablement baissé et elle avait perdu l'usage de la parole.

IV. L'*imbécillité* aurait pu être considérablement atténuée chez cette jeune fille, si elle avait été soumise, dès ses premières années, à un traitement médical et pédagogique spécial. A l'école, ni les laïques ni les religieuses n'ont obtenu de résultats. Bien des enfants comme elle pourraient être guéris et mis à même de vivre convenablement en société s'ils étaient bien soignés, qui deviennent tout à fait incurables.

Pour ne pas s'en être occupée dès leur enfance la société les a à sa charge pendant de longues années. Le jour où l'Administration comprendra exactement la situation, elle ouvrira largement aux enfants de cette catégorie des asiles et créera pour les moins déshérités, dans quelques-unes des écoles, des classes spéciales (1).

V. Cette observation pourra être rapprochée utilement, au point de vue clinique, de quelques autres publiées précédemment par l'un de nous, entre autres celles de Sim... (Marius), de Brig... (Albert) (2) et surtout de Court... (3) qui, de même qu'Antoinette M..., était sujet à de violentes impulsions génitales. Ces impulsions chez les imbéciles sont loin d'être rares et ont été signalées déjà par maints auteurs. « L'on conduit souvent dans les hospices, a écrit Esquirol, des filles âgées de 18 à 20 ans qui, devenues pubères, courent après les hommes, sont indociles, méconnaissent la voix de leurs parents. Nous avions à la Salpêtrière une imbécile qui se livrait aux travaux grossiers de la maison, moyennant un très léger salaire ; il lui est arrivé plusieurs fois qu'ayant gagné quelques sous, elle allait les porter à un ouvrier, s'abandonnait à sa brutalité et, dès qu'elle était enceinte, elle ne retournait plus vers lui (4). »

(1) *Archives de neurologie*, 1890, t. XX, p. 296 et 449.

(2) *Compte-rendu de Bicêtre pour* 1884, p. 147-179 et *Progrès médical*, p. 675 et 695.

(3) *Ibidem pour* 1888, p. 61, etc.

(4) Esquirol. — *Maladies mentales*, II, p. 301 ; et Bourneville. — *Recueil de mémoires sur l'idiotie*, I, p. 163.

IX.

Idiotie congénitale ; — Glycosurie au cours d'une coqueluche ;

Par BOURNEVILLE et BANZET.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson, violent. — Antécédents cancéreux probables dans sa famille. — Mère, d'une intelligence médiocre. — Grand'mère, grand oncle, et oncle maternels morts tuberculeux. — Frère peu intelligent. — Autre frère mort de convulsions. — Sœur instable et très nerveuse. — Gémellarité.*

Conception durant l'ivresse. Accouchement à 8 mois. — Début tardif de la marche et de la parole. — Convulsions répétées 4 ou 5 fois à 15 mois.— Rougeole à 8 ans. — Etat de l'enfant en août 1891. — Accès de colère. — Turbulence ; jalousie. — Coqueluche (septembre) ; présence du sucre dans les urines.

Georgeo..., Marie, âgée de 7 ans, est entrée à la Fondation Vallée, le 10 août 1891 (Service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 41 ans, crieur aux halles. Fièvre typhoïde étant soldat, très nerveux, violent, tremblement très marqué dans ses accès de colère, buveur mais rarement en état d'ivresse. Assez intelligent. [*Père* mort subitement à 67 ans. Depuis de longues années, il avait une affection chronique de l'estomac. — *Mère*, nerveuse, morte à 71 ans d'un cancer de l'estomac (?). — Pas d'accidents nerveux d'aucune sorte dans le reste de la famille.]

Mère, 41 ans, assez peu intelligente, émotive ; aurait été assez en retard pour la parole et la marche étant jeune. [*Mère* morte à 38 ans de la poitrine. Un *oncle* mort de la poitrine à 35 ans, ainsi qu'un *frère* probablement, à 28 ans. Pas de maladies nerveuses du côté de la mère.] Pas de consanguinité. — Egalité d'âge.

6 *enfants* : 1° Un garçon mort à 8 ans de scarlatine compliquée de diphtérie; peu intelligent et très nerveux; — 2° Un garçon mort à 11 jours de *convulsions;* — 3° Une fille de 8 ans extrêmement nerveuse : « il n'y a pas moyen d'en faire façon » — 4° et 5° Deux jumelles : une mort-née, l'autre 5 ans, bien portante, pas de convulsions, très nerveuse; — 6° Notre malade.

Notre malade. — Alcoolisme du père au moment de la *conception.* Rien de particulier pendant la *grossesse,* sauf le travail fatiguant à la machine fait par la mère jusqu'au dernier moment, et soucis pécuniaires. — *Accouchement* à 8 mois. L'enfant, très petite à la naissance, pesait moins de 2 kilogr. Elevée en nourrice, au sein et au biberon simultanément. — Sevrée à 14 mois. — Début de la marche à 26 mois. Elle a commencé à parler très tard. A 15 mois, *convulsions* à 4 ou 5 reprises en peu de jours. — Rougeole bénigne à 8 ans ; probablement angine diphtérique quelque temps avant. Ses parents se sont décidés à la placer parce qu'il est impossible de lui rien apprendre. Elle paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais répond souvent d'une façon déraisonnable. On n'a jamais rien pu lui apprendre à l'école et il est impossible de fixer son attention. Accès de colère extrêmement violents pendant lesquels elle casse et déchire ce qui lui tombe sous la main. Se frappe la tête, se mord, se griffe. Secousses brusques dans les membres, cauchemars, grincements de dents.

1891. 18 *août.* — *Etat actuel.* — Enfant de petite taille, chétive. Expression sombre de la physionomie. Répond à quelques questions qui lui sont posées. Connaît le nom de sa rue, mais non le numéro de sa maison. Elle ne peut donner de renseignements sur sa famille, et n'a pas de notion du temps. Quand elle ne comprend pas les questions, elle répond indifféramment oui ou non. Légère asymétrie crânienne aux dépens de la région pariétale gauche. Visage arrondi, front bas et bombé. Arcades orbitaires saillantes. Nez court et large. Pas de malformations des yeux, des fosses nasales ni de la cavité buccale, sauf que la voûte palatine est un peu plus concave que normalement dans le sens transversal et par conséquent ogivale. — Oreilles grandes, regardant un peu en avant, lobules partiellement adhérents.

Cou, thorax et *membres* normalement conformés, du côté des parties molles comme du côté du squelette. Rien d'anor-

mal du côté des viscères. Rien d'anormal non plus du côté de la sensibilité générale ni de la sensibilité spéciale.

La préhension s'opère assez bien; l'enfant se sert de la cuillère et de la fourchette mais non du couteau; la mastication est régulière; il n'y a aucun trouble de la digestion; les selles et les urines sont volontaires.

Elle s'habille et se déshabille seule; elle ne sait pas nouer, ni se laver, ni se peigner. — La mémoire est peu développée. — L'attention est difficile à fixer. — G... est turbulente et jalouse; elle veut qu'on s'occupe d'elle, qu'on la préfère en tout. Elle s'amuse en général seule. Si on lui fait quelque cadeau, elle est contente et exprime sa reconnaissance en disant : « Je t'aime bien et je voudrais bien coucher avec toi. » Elle ne connaît pas ses lettres, ne sait pas écrire, compte jusqu'à 10, distingue les principales couleurs.

G... n'a pas de mauvais instincts mais elle en sujette à de violents accès de colère, dès qu'elle est contrariée : elle frappe du pied, déchire ses vêtements, se mord elle-même, quitte ses chaussures, se cogne la tête, s'égratigne et battrait ses compagnes si l'on ne s'y opposait.

6 *septembre*. — L'enfant présente depuis une quinzaine de jours des symptômes de *bronchite* peu intense. Depuis 2 ou 3 jours les caractères de la toux se sont modifiés et ont pris la forme de *quintes coqueluchoïdes*. Passage au pavillon d'isolement.

7 *septembre*. — 24 quintes dans les 24 heures. Pas de vomissements. — A l'examen de la poitrine, signes de bronchite généralisée. État général bon, pas de fièvre. (Potion calmante et solution avec : eau, 10 gr., sulfate d'atropine, 0,01 cent.; — 8 gouttes par jour).

8 *septembre*. — 19 quintes. Vomissements après l'ingestion d'aliments. *Matin*: T. R. 37°, 4. — *Soir*: T. R. 38°.

10 *septembre* — 24 quintes. L'enfant a vomi tout ce qu'elle a pris. *Matin*: T. R. 37°, 8. — *Soir*: T. R. 38°, 8.

11 *septembre* — On examine les urines. Elles donnent avec la *liqueur de Fehling* un *précipité rouge* absolument net. Les urines sont d'une teinte claire et ne paraissent pas en quantité bien considérable. *Matin*: T. R. 37°, 8. — *Soir*: T. R. 38°, 2.

12 *septembre* — Diarrhée assez forte depuis hier.

La quantité totale des urines n'a pu être conservée. Le *sucre* est toujours en quantité aussi considérable. Pas de modification dans les autres symptômes ni dans l'état général.

13 *septembre*. — La quantité d'urine ne dépasse pas 300 gr.

mais il a dû en être perdu, quoiqu'il n'y ait plus de diarrhée. Le sucre est toujours assez abondant. *Matin*: T.R. 37°,7. — *Soir*: T. R. 37°, 6.

14 *septembre*. — A en juger par l'aspect du précipité, la quantité de sucre paraît avoir notablement diminué. Il y a de nouveau de la diarrhée, aussi n'a-t-on pas conservé toute l'urine. *Matin* : T.R. 37°,8. — *Soir* : T.R. 38°,4.

15 *septembre*. — Le sucre a complètement disparu.

A partir de ce moment, la coqueluche a suivi une marche normale avec une intensité assez modérée. La malade a quitté l'isolement le 17 novembre sans avoir présenté aucune autre complication et sans qu'on ait jamais retrouvé de sucre dans les urines analysées à plusieurs reprises.

I. Voilà donc un cas de *coqueluche* dans lequel on a trouvé quatre jours de suite du sucre dans les urines. Ce sucre n'a pas été dosé, parce qu'à cette époque, l'enfant ayant une *diarrhée* assez forte, on n'avait pu recueillir la quantité totale éliminée dans les 24 heures, et parce que l'on ne s'attendait pas à la disparition de ce symptôme. La présence du sucre était d'ailleurs absolument certaine d'après les caractères du précipité. Ajoutons que nous n'avons obtenu aucune réduction en analysant avec le même réactif les urines de différents enfants qui présentaient au même moment de la bronchite, et chez qui nous soupçonnions, à tort d'ailleurs, un début de coqueluche.

II. La *glycosurie* a été signalée dans le cours de la coqueluche. D'après Gibb (*Lancet*, janvier 1858) on trouverait dans l'urine de presque tous les coquelucheux du sucre en quantité variable, faible d'ordinaire, mais parfois assez forte. Dans quelques cas l'urine aurait une densité notable et offrirait les autres caractères du diabète.

Roger (*Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. II, p. 510) a recherché plusieurs fois la présence du sucre dans les formes nerveuses ou inflammatoires de la coqueluche où la gêne de la respiration

était à son maximum, et n'a pas trouvé trace de glycosurie. M. H. Barth, a fait en 1878, sur la demande de M. Roger, 12 expériences sur 7 coquelucheux à l'hôpital des Enfants-malades. La recherche du sucre est toujours restée négative, à toutes les périodes de la maladie, dans les cas graves comme dans les cas bénins. Ce sont là les seules indications que nous ayons trouvées sur la glycosurie dans la coqueluche. Quelques auteurs signalent l'apparition du diabète dans le cours des maladies infectieuses et notamment de la scarlatine et de la rougeole (1), mais ne parlent pas de la coqueluche.

M. J. Simon, dans sa *Note sur le diabète sucré chez les enfants* (*Revue des maladies de l'enfance*, 1885, p. 477) et dans sa leçon intitulée : *Contribution à l'étude du diabète sucré chez les enfants* (*Ibid.*, 1887, p. 450) ne fait aucune allusion à la glycosurie en tant que complication de la coqueluche.

(1) Dans 4 observations de diabétiques, dit M. Redon, les enfants avaient eu la rougeole ; deux même avaient eu en outre la scarlatine. » (*Du diabète sucré chez l'enfant* ; th. de Paris, 1877).

X.

Idiotie congénitale; Epilepsie guérie. — Tuberculose primitive du rein gauche; Tubercules du cerveau;

Par BOURNEVILLE et FINET.

SOMMAIRE. — *Père; excès de boisson. — Grand-père paternel cancéreux. — Mère nerveuse, tremblement de la tête. — Frère, convulsions, mort de méningite. Arrêt de développement congénital: premiers signes de l'idiotie : retard de la parole, rire particulier. Premières convulsions à 17 mois. En 4 jours, six états de mal de 2 à 6 h. de durée : Parésie consécutive et diminution de l'intelligence. — Fuites de la maison. — Premier accès à 7 ans et demi. — De là à 9 ans accès nocturnes. — Chorée de 8 à 11 ans. — Suspension des accès de 9 à 11 ans. — Retour des accès à 11 ans (diurnes). — Amélioration très notable : Accès très rares en 1880, 1881, 1882. Disparition des accès depuis 1883. — Néphrite tuberculeuse: mort. — Résultats de l'autopsie.*

Gem..., Charles Adolphe, né le 29 janvier 1865, est entré à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE), le 29 janvier 1876.

1880. *Janvier.* — Nous avons trouvé cet enfant à notre arrivée dans le service. On ne s'en était pas encore occupé. Nous l'avons envoyé à la petite école en novembre dernier, bien que, en raison de son âge et de son état mental, il y eut peu d'amélioration à espérer. — La prononciation est difficile. Gem... est jaloux, joueur, taquin et presque tout le temps pousse de petits cris.

1881. *Janvier.* — Gem.. fait les exercices de la gymnastique Pichery avec assez de régularité. Il commence à se laver et à se cirer seul. Aide, au réfectoire, à débarrasser le couvert et à laver la vaisselle. Il reconnaît quelques fruits et quelques légumes. Au point de vue de la parole, et de la connaissance des lettres, nul progrès sensible.

Mars. Conjonctivite catarrhale.

1882. *Janvier.* — Gem... a appris à manger en se servant de la cuiller, de la fourchette et du couteau.

1883. *Janvier.* — Gem... connait toutes les lettres; toutefois la prononciation reste défectueuse. Parfois, il est turbulent et essaie de tout casser.

13 *mars.* — La parole est toujours défectueuse. Il y a des périodes où l'enfant est paresseux. Il a peu de goût pour les travaux de la classe, mais en revanche, il aime les gros travaux et y montre une certaine habileté. Il est propre, a soin de sa personne et de ses habits. Enfin, il est beaucoup moins jaloux qu'il ne l'était en 1880.

3 *juin-24 août.* — L'enfant a eu durant cette période une *dysenterie* assez intense (selles sanguignolentes avec fausses membranes et glaires). Il est demeuré propre et n'a point *paru* avoir de ténesme.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par la mère le 17 juillet 1883). — *Père,* 55 ans, courrier à la poste; de taille moyenne, a toujours eu une excellente santé, n'a jamais souffert de migraines, ni de névralgies; est assez nerveux, se met facilement en colère. Excès de boissons rares (vin). Fume peu. Pas de syphilis probable. Marié à 35 ans. — [*Père*, gazier, sobre, mort d'un *cancer* de l'intestin. — *Mère* morte du choléra. — Trois *sœurs* sur lesquelles manquent des renseignements. Ni aliénés, ni épileptiques, ni apoplectiques, ni paralytiques, ni difformes, ni suicidés, ni criminels dans la famille].

Mère, 52 ans, brodeuse. Elle a, depuis l'âge de 35 ans, un *tremblement de la tête*, comparable au tremblement sénile. Ce tremblement aurait commencé à la suite d'une couche, du reste normale. Elle est assez nerveuse, mais sujette depuis la ménopause (50 ans) à des douleurs de tête revenant une ou deux fois par mois. Pas de convulsions dans l'enfance, ni d'attaques de nerfs. Mariée à 33 ans, un peu malgré elle. [*Père*, grainetier, sobre, mort d'une gastrite. — *Mère*, morte d'une hernie étranglée. Un *frère* et une *sœur* bien portants. Aucune affection mentale ou nerveuse dans la famille.] — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.

Quatre *enfants* : 1° Une fille de 20 ans, anémique, sans accidents nerveux; — 2° Notre malade; — 3° Un garçon mort à 3 ans d'une *méningite*, avait eu des *convulsions* à 15 mois. — 4° Une fille de 12 ans, intelligente.

Notre malade. — A la *conception*, rien de particulier ; pas de *rapports dans l'ivresse.* — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — A *la naissance*, pas d'asphyxie. — L'enfant a été élevé au sein par sa mère jusqu'à 14 mois. Il a marché à 10 mois. La *dentition*, commencée à sept mois, était complète à dix-sept. Jusqu'à cet âge le développement physique de l'enfant se fit d'une façon remarquable ; mais déjà certaines particularités avaient frappé les parents. L'enfant qui avait commencé à parler à un an, ne prononçait encore, à dix-sept mois, que quelques monosyllabes. « Il ne paraissait pas aussi intelligent que les autres enfants, » dit-on. Son rire même avait quelque chose d'étrange que remarquaient les personnes qui l'approchaient.

C'est à 17 mois qu'il a eu ses *premières convulsions*. Elles étaient générales, égales des deux côtés, croit-on, et auraient duré deux heures. En huit jours il y eut six états convulsifs dont l'un a duré six heures. Ils semblent avoir été suivis de paralysie des membres inférieurs, l'enfant étant resté sans marcher jusqu'à l'âge de deux ans.

De deux à sept ans, on ne trouve dans l'histoire de l'enfant comme accidents morbides qu'une rougeole à 3 ans, précédée d'une coqueluche, mais tandis que le développement physique s'effectuait d'une façon normale, l'intelligence et la parole ne faisaient aucun progrès. Les parents, après quelques tentatives, durent renoncer à l'envoyer à l'école : les autres enfants l'appelaient : « le fou ».

Le *début de l'épilepsie* remonte à 7 ans et a eu comme cause occasionnelle probable une *frayeur* éprouvée par l'enfant. Trois fois, en effet, il lui est arrivé de s'échapper de la maison paternelle et d'être retrouvé à la préfecture de police. C'est dans l'une de ces fugues qu'il aurait eu peur, car à la suite, il devint sombre et présenta simultanément des accès d'épilepsie et des phénomènes choréiques. Les accès d'épilepsie, limités, assure-t-on, à la bouche et au bras gauche se produisaient environ tous les 15 jours, toujours la nuit ; ils disparurent de 9 à 11 ans. La *chorée* persista jusqu'à son entrée à Bicêtre, à onze ans, époque où l'épilepsie reparut de nouveau. On avait remis Gem... à l'école, il se perd en revenant chez lui, est ramené au bout de deux heures, sombre, ahuri et huit jours après il est repris de ses accidents comitiaux. D'après les renseignements fournis par la mère de G..., voici quels auraient été les principaux caractères des accès observés par elle. Il avait une aura, car il disait

«bobo!, puis il tombait. Après le cri initial survenaient une rigidité générale, puis des secousses des deux côtés et un peu de stertor avec apparition d'écume aux lèvres. Toujours diurnes, ses accès ne s'accompagnaient jamais de morsures, ni d'évacuations involontaires. Ils devinrent de plus en plus fréquents et finirent par se produire tous les jours. Jamais on n'en observa plus de cinq en 24 heures avant son entrée à Bicêtre.

L'enfant est doux, affectueux. Son état intellectuel semble n'avoir fait aucun progrès. Il parle toujours d'une façon inintelligible, par monosyllabes. L'enfant est soumis au traitement par le *bromure de potassium*. Pendant les deux premières années, on ne constate pas une diminution notable du nombre des accès. En 1877, on en compte 262. En 1878, le chiffre tombe à 229 pour se relever à 250 l'année suivante. Pendant les trois derniers mois de cette année 1879, il se produit dans son état une amélioration remarquable; les accès disparaissent presque définitivement. On ne constate qu'un accès en 1880 et 4 en 1882. Jusqu'en 1891, époque à laquelle notre malade meurt d'une néphrite tuberculeuse, on n'observe aucun phénomène épileptique, ni accès, ni vertiges. En même temps, légère amélioration au point de vue mental.

	1885	1886	1887
Circonférence horizontale maxima.....	53	54	54
Demi circonférence bi-auriculaire.....	32	36	37.5
Distance de l'articulation occipito-atloidienne à la racine du nez.....		32	38 5
Diamètre antéro-postérieur maxima....	17	18	17.9
— bi-auriculaire.	»	12.7	13
— bi-pariétal.....	13.5	15	15

1884. *Mars.* — Amélioration très notable ou point de vue de l'épilepsie (voir le tableau des accès). Gem. n'a pas d'accès de colère, travaille très mal à l'école et n'a de goût que pour les gros travaux : il aide l'infirmier à porter le charbon, et à habiller les autres enfants aux bains.

Puberté : poils blonds, assez abondants au pénil et à la racine des bourses qui sont légèrement pendantes. Testicules égaux, de niveau, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. Verge très développée : circonférence 0^m $082^m/^m$; longueur 0^m092 $^m/^m$. Gland couvert, découvrable, méat normal. Autrefois il était très sujet à l'onanisme et essayait de coucher avec

un autre malade; depuis plusieurs mois, ces mauvaises habitudes paraissent avoir disparu.

Hydrothérapie du 1er avril au 15 octobre.

1885. — *État actuel.* (Juillet.) — *Tête* régulièrement arrondie, petite; bosses frontales un peu saillantes et très rapprochées de la ligne médiane : bosses pariétales et occipitales assez marquées. — *Front* étroit et un peu bas; arcades orbitaires saillantes dans la moitié externe. — Fentes palpébrales étroites surtout la droite; l'œil ce ce côté parait un peu plus petit que l'autre : iris gris, pupilles normales. *Nez* régulier, narines un peu aplaties. Bouche moyenne. — *Menton* saillant et arrondi. Pas d'asymétrie de la *face*. — *Oreilles* détachées, mal ourlées, lobules distincts.

Cou allongé; cicatrice linéaire étoilée sur sa région latérale droite. — *Thorax, rachis, membres* supérieurs et inférieurs, normaux et bien développés.

Peau un peu brune présentant un nœvus pilaris un peu à gauche de la région dorsale de la colonne vertébrale. Cheveux abondants, châtains; quelques poils blonds, rares au menton, plus abondants et dessinant la moustache à la lèvre supérieure. Poils longs et frisés sous les aisselles. — La sensibilité générale parait conservée.

1886. — Amélioration notable, quant à l'épilepsie : suspension complète des accès.

Mars. — Puberté. Fines moustaches blondes occupant toute la hauteur de la partie moyenne de la lèvre supérieure, mais moitié moins hautes à ses extrémités. — Mouche assez bien dessinée. Groupe de poils fins, peu abondants de chaque côté du menton. Fin duvet sur les joues. — Poils assez adondants sous les aisselles. Poils chatains clairs, frisés, longs, très abondants au pénil et à la racine des bourses; assez abondants sur les aines. Traînée remontant jusqu'à la moitié de l'ombilic. Bourses pendantes, de niveau, testicules égaux, de la dimension d'un petit œuf de poule. Verge : circonférence 90 m/m; long. 95 m/m; gland découvrable, méat normal. Poils assez abondants à l'anus. Pas d'hémorrhoïdes.

1887. — L'enfant prononce toujours très mal, il connait ses lettres, les chiffres, les objets usuels, mais en résumé il n'a pas fait grands progrès à l'école. Il exprime son contentement en tournant vivement la tête de droite à gauche. Il obéit assez facilement, il pleure comme un petit enfant quand

on le gronde. — Il s'occupe au réfectoire et à l'office, met le couvert, balaye.

1888. *Janvier.* — *Puberté.* Poils longs à la lèvre supérieure, abondants au menton. Touffe de poils très clair-semés au devant de l'oreille et au niveau de l'angle de la mâchoire. Organes génitaux : Verge : longueur 10 centimètres, circonférence 9 centimètres.— Testicules égaux, de la grosseur d'un petit œuf de poule, gland découvert, méat normal. Poils abondants au pénil et à la racine des bourses, remontant un peu du côté de l'ombilic. Pas d'onanisme. Poils peu abondants, assez courts, au périnée et à l'anus qui n'est pas béant.

1889. 31 *octobre.* — *Puberté.* Moustaches blondes, assez fournies, et assez longues ; poils assez nombreux sur les joues. Pénil couvert de poils blonds, serrés, frisés, envahissant les aines et remontant jusqu'à l'ombilic. Poils nombreux au périnée. Verge: long. 10 centimètres ; circonférence : 87 millimètres. Prépuce ordinaire ; gland découvrable ; méat normal scrotum bien formé, assez ferme ; horizontal. Testicules égaux, normalement situés, du volume d'un petit œuf.

Décembre. — La perte de l'appétit, l'amaigrissement et une sychnurie remarquable (1) appellent l'attention sur l'enfant qui du reste ne se plaint nullement. Le 23 *décembre* on l'amène à l'infirmerie.

Le malade a de la fièvre (38°, 4.) Il est émacié, triste et abattu. Les poumons sont sains. La quantité des urines rendues en 24 heures est de 1600 à 1700 gr. Les urines, au repos forment un dépôt rouge où l'examen microscopique dénote la présence de nombreux globules sanguins. Parfois ce dépôt sanguin est si abondant qu'on dirait un véritable caillot au fond du bocal. Par la chaleur et l'acide acétique, on reconnait dans cette urine la présence d'une notable quantité d'*albumine*. Régime lacté absolu.

1890. *Février.* — L'*albumine* est toujours abondante. (Pas de dosage). La sychnurie persiste.

1er *août.* — On dose l'*albumine* et on trouve qu'il existe 22 centigr. d'*albumine* sèche par litre. Quelques jours après, G. sort de l'infirmerie. L'amaigrissement continue.

1891. 5 *février.* — G. revient à l'infirmerie dans un état d'éma-

(1) Le mot *sychnurie* signifie « fréquence de la miction. »

ciation très prononcée. Il se plaint de la tête et d'une douleur vive dans le bas-ventre. Les urines, peu abondantes, sont troubles. Pas *d'albumine*.

20 *février*. — La respiration est gênée, bruyante, sans caractère spécial. A l'auscultation, on trouve quelques râles disséminés dans les deux poumons.

La langue est noire, sèche, la peau est froide, couverte par endroits de sueur. Dans la nuit, étouffements et sueurs abondantes.

Emaciation très prononcée, nulle part on ne trouve de trace d'œdème. Sur la joue gauche se voient les restes d'une éruption furonculeuse, non complètement cicatrisée. A la partie antéro-intérieure de la jambe gauche, il y a une ulcération à contours irréguliers que le malade portait depuis quelque temps. La température a oscillé entre 36°, 6. et 37°, 8. du 5 au 20 *février*. — Mort le 21 *février*. T. R après la mort 37°, 8; un quart d'heure après la mort, 37°; une heure après, 36°.

AUTOPSIE le 23 *février*. — *Tête*. La calotte crânienne est symétrique, assez dense et assez épaisse sur tout son pourtour. La *suture métopique* est complètement ossifiée. Du côté de la face interne, les sutures se voient nettement, mais sont réduites à une ligne très fine. Sur la face externe, les dentelures des sutures coronale, sagittale et lambdoïde sont très visibles et n'offrent aucune trace de synostose. La *dure-mère* est très congestionnée et légèrement épaissie. — La base recouverte de la *dure-mère* parait symétrique; le trou occipital est un peu déjeté à droite. — La *glande pituitaire* présente une consistance très marquée; il n'y a rien d'appréciable à la coupe. — Les *artères de la base*, le *chiasma*, les *tubercules mamillaires*, les *pédoncules* sont réguliers et symétriques. — La *glande pinéale* a 4 à 5 mil. sur 4 mil.

Encéphale	1330 gr.
Hémisphère cérébral droit	580 gr.
— — gauche	560 gr.
Hémisphères cérébelleux égaux, chacun	70 gr.
Cervelet et isthme	165 gr.

Hémisphère gauche. — La *dure-mère* est faiblement adhérente au niveau du lobe frontal gauche. Ces adhérences sont beaucoup plus marquées à la partie postérieure de la 3e frontale, où la dure-mère, notablement épaissie dans une étendue de deux centimètres carrés, est très résistante et crie sous le scalpel. — La *pie-mère*, un peu épaissie s'enlève facilement,

	1880		1881		1882		1883		1884		1885	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poids.....		36.800		41.700	42.800	45.200	47.500	38.500	50.100	52.500	51.800	52.800
Taille.....				1.47	1.51	1.53	1.55	1.57	1.57	1.58	1.58	1.58

	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poids.....	53.200	53 »	54.200	54.300	56 »	56 »	non	55 »	54.900	54 »	55 »	52.100
Taille.....	1.60	1.60	1.605	1.61	1.635	1.635	pris	1.64	1.64	1.65	1.655	»

MOIS	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
	Accès.	Accès.	Accès.	Accès.	Accès.	Accès.	Accès.
Janvier	»	20	102	7	»	»	1
Février	»	5	4	55	1	»	»
Mars	»	11	11	24	»	»	»
Avril	»	29	33	91	»	»	»
Mai	»	43	11	2	»	»	»
Juin	4	6	19	19	»	»	»
Juillet	19	20	10	13	»	»	»
Août	21	33	11	9	»	»	»
Septembre	21	27	11	28	»	»	3
Octobre	13	6	6	»	»	»	»
Novembre	23	30	7	»	»	»	»
Décembre	7	29	4	»	»	»	»
Total	108	259	229	248	1	»	4

excepté au niveau des adhérences dure-mériennes signalées, où elle adhère aussi à la substance grise, non à la partie postérieure, mais à la partie moyenne de la 3e frontale. Sur cette partie de la circonvolution existent plusieurs *noyaux* blanchâtres, contigus, formant une masse d'un centimètre de long sur cinq millimètres de large.

Sur un pli de la 2e circonvolution frontale, immédiatement au-dessus du foyer que nous venons de décrire, on trouve un autre petit *noyau* de 2 à 3 millimètres de diamètre faisant saillie à la surface de la circonvolution. Un peu plus haut, sur une même ligne verticale, sur la première circonvolution frontale, se voit un autre petit *noyau* d'une forme blanchâtre de deux mil. de diamètre, dur au toucher. — Deux petites *tumeurs* de même volume se rencontrent l'une sur le pied de la pariétale ascendante, l'autre dans la scissure de Sylvius. L'aspect de ces *tumeurs*, leur localisation font songer immédiatement à des formations *tuberculeuses*.

L'*examen histologique*, pratiqué par M. SOTTAS, interne des hôpitaux, a montré qu'il s'agissait en effet de *foyers tuberculeux* multiples, en groupe, d'un diamètre variant entre celui d'un pois et celui d'une tête d'épingle. Dégénérescence granulo-graisseuse et infiltration calcaire du centre des foyers qui sont enveloppés d'une zone fibreuse très dense, très épaisse, presque translucide et d'une zone périphérique embryonnaire dont les parties les plus extérieures se confondent peu à peu avec le tissu nerveux voisin désorganisé.

Les *circonvolutions* sont fermes. La *corne d'Ammon*, le *corps strié*, la *couche optique*, n'offrent aucune lésion. Le *ventricule latéral* serait plutôt rétréci.

Hémisphère droit. — La *pie-mère* s'enlève très facilement. Pas d'adhérences, pas de tubercules. Les circonvolutions sont fermes, sans sclérose ; rien aux noyaux gris.

Plusieurs coupes pratiquées sur les deux hémisphères n'ont rien montré de particulier.

Cou. — Le *corps thyroïde* pèse 25 gr. ; il est plus consistant que normalement et d'aspect colloïde.

Thorax. — A l'ouverture du thorax, immédiatement sous le sternum, on trouve une couche abondante de graisse au milieu de laquelle les *débris du thymus* ne peuvent être retrouvés. — Le *péricarde* chargé de graisse ne présente pas d'adhérences. Le *cœur* est gros (290 gr.) et montre au niveau des sillons une légère surcharge graisseuse. Son tissu est ferme. Le ventricule gauche est légèrement hypertrophié. L'endo-

carde est sain. Orifices et valvules sans lésions. Le cœur droit est rempli de caillots cruoriques noirs et diffluents.

Poumon gauche. — Pas d'adhérences. Pas d'ecchymoses sous-pleurales. Le lobe supérieur présente à sa surface de nombreuses dilatations emphysémateuses. Le lobe inférieur également emphysémateux est congestionné à sa partie postérieure.

Poumon droit. — Pour extraire le poumon droit, on est obligé de rompre des adhérences, peu résistantes d'ailleurs, que l'on trouve au niveau du mamelon sur une étendue de 3 à 4 centimètres carrés. Ces mêmes adhérences, encore fibrino-cruoriques, se retrouvent en arrière sur toute la hauteur du poumon. Par d'épanchement pleural. Ce poumon également emphysémateux est légèrement congestionné à sa partie postérieure. Les ganglions du hile sont durs à la coupe, non tuméfiés.

Abdomen. — Pas d'ascite dans la cavité péritonéale. — *Foie* (1620 gr.) congestionné, teinte uniforme, tissu friable. — *Rate* (110 gr.) molle, coloration veineuse, plus foncée à sa partie inférieure. — *Pancréas* (80 gr.), dur, résistant. — L'*estomac* l'*intestin* sont sains, un peu congestionnés, sans ulcération.

Reins. Les reins sont difficilement énucléables de l'athmosphère graisseuse abondante qui les entoure. Le *rein droit* (.00 gr.) présente une dilatation considérable de ses calices et de son bassinet. Le contenu de la poche peut être évalué à 100 gr. d'un liquide absolument incolore. La capsule s'enlève difficilement; la substance corticale est congestionnée, les pyramides un peu effacées. — Le *rein gauche* (260 gr.) s'enlève difficilement : on est obligé d'arracher avec lui une masse volumineuse de graisse et de ganglions, adhérente au hile. Il est volumineux, allongé, de coloration variable en ses différents points. Sa surface bosselée lui donne l'aspect d'un rein kystique. A la coupe, sa substance apparait tranformée en une *vaste caverne tuberculeuse* : les pyramides ont disparu ; à leur place on ne trouve que des débris caséeux. A la périphérie, dans la substance corticale, se voient d'autres noyaux tuberculeux, les uns absolument caséifiés, les autres moins avancés dans leur transformation caséeuse.— L'*uretère,* ouvert sur une longeur de 10 centim. à partir du hile, paraît presque imperméable. La muqueuse présente la même coloration que les cavernes du rein.

La *vessie* est remplie d'une urine purulente, trouble.

RÉFLEXIONS. — I. Les antécédents héréditaires, dans ce cas sont relativement peu chargés, nous ne nous y arrêterons pas.

II. Dès la première année, avant l'apparition des convulsions, les parents avaient constaté à certains signes que leur enfant n'était pas normal : la parole ne se développait point, le rire avait quelque chose d'étrange. Nous ne saurions trop appeler l'attention des cliniciens sur l'utilité qu'il y aurait à consigner les *premiers signes* de l'idiotie.

Il existait donc, chez Gem..., un état pathologique quand, à 17 mois, des convulsions se sont produites à six reprises différentes, laissant après elles une *paralysie* mal déterminée.

III. De 18 mois à 7 ans, Gem... n'a eu aucun accident convulsif. C'est alors que, après avoir offert comme phénomènes précurseurs probables, des *fugues*, G... à la suite d'une frayeur a été frappé d'*épilepsie*. Les accès bi-mensuels et toujours nocturnes se suspendirent de 9 à 11 ans. A partir de leur réapparition ils furent *diurnes* et augmentèrent rapidement de fréquence au point de devenir quotidiens, et cela jusqu'à l'entrée de G... à Bicêtre. Durant les six derniers mois de 1876 on relève 108 accès, 259 en 1877, 229 en 1878 et 248 en 1879. A dater d'octobre de cette dernière année les accès disparaissent à peu près tout à fait (un en 1880 et 4 en 1882). De septembre 1882 à la mort (1891), G... n'a plus eu aucun accès comitial.

IV. Lorsque nous avons essayé de soumettre G.. à un traitement médico-pédagogique sérieux, il avait des habitudes à lui, contractées pendant un séjour de plus de trois années et il était âgé de près de 15 ans : c'étaient là deux circonstances facheuses. Aussi,

n'avons-nous obtenu presque rien en ce qui concerne la parole et l'instruction primaire proprement dite. En revanche il avait appris à manger, à s'habiller convenablement et prenait goût aux gros travaux du service.

V. La particularité la plus intéressante de ce cas, c'est la *tuberculose primitive* du rein gauche, lésion qui est assez rare. Tous les autres organes étaient indemnes sauf le cerveau. Ici la tuberculose rénale avait atteint en quelque sorte son maximum d'intensité. La substance corticale était parsemée de noyaux tuberculeux et le reste du rein était transformé en une vaste caverne tuberculeuse. Ce fait vient à l'appui de l'opinion émise par MM. Barthez et Sanné (1), à savoir que, quand la tuberculisation est très considérable, elle est d'ordinaire limitée à un seul rein.

A la fin de 1889, l'enfant a maigri progressivement (2). Bien qu'il ne se plaignit d'aucune souffrance il fut envoyé à l'infirmerie. On constata de la fièvre (1), de la sychnurie, et l'existence du sang et de l'albumine dans les urines qui étaient assez abondantes.

Après avoir été suffisamment amélioré pour retourner dans son dortoir, G..., qui continuait, à maigrir est revenu à l'infirmerie (février 1891). Il se plaignait vaguement, autant que son idiotie le lui permettait, de la tête et du ventre. Il était dans un état d'émaciation très prononcé. Nulle part il n'y avait d'œdème et les urines, peu abondantes et troubles, ne contenaient plus d'albumine. Au bout d'une quinzaine de jours il

(1) Barthez et A. Sanné. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.* 3me édit. 1891, p. 1272.

(2) Voir le tableau des poids du corps.

(3) La température rectale prise matin et soir du 20 décembre 1889 au 9 avril 1890, n'a jamais dépassé 38°, 8.

a succombé à des accidents asphyxiques susceptibles, peut-être d'être rattachés à l'urémie. Durant cette période la température a oscillé entre 37°, 9 et 36°, 6.

XI.

Note à propos de l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.

Dans nos précédents Comptes rendus, et plus particulièrement dans celui de 1890 et dans celui-ci, nous avons donné des renseignements précis sur l'état des sutures crâniennes des malades dont l'autopsie avait été pratiquée. Nous croyons utile de relever ici d'une façon spéciale quelques particularités relatives à l'oblitération de ces sutures.

1° Dans aucun des cas que nous visons il n'y avait de synostose : cela ressort des figures que nous avons jointes au texte.

2° On a dit que la persistance de la suture médio-frontale indiquait que le crâne, offrant cette disposition, correspondait à des cerveaux inférieurs; nous devrions donc la rencontrer fréquemment. Or, il n'en est pas ainsi : tous les crânes de 1890 et de 1891 nous apparaissent avec une ossification normale de cette suture. Il va de soi que nous faisons exception pour l'idiotie hydrocéphalique dans laquelle la suture médio-frontale persiste. C'est là, d'ailleurs, un fait connu et que confirment plusieurs spécimens de notre musée de Bicêtre.

3° Un examen attentif des nombreux crânes que nous avons rassemblés à Bicêtre (voir p. XIV), arrêterait peut-être les chirurgiens dans la voie hasardeuse où ils se sont lancés en s'appuyant sur des données assurément incertaines. Les cas où l'intervention chirurgicale est justifiée sont certainement très rares et d'une détermination difficile.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

Face convexe de l'hémisphère droit du cerveau et face interne de l'hémisphère gauche. (Voir p. 96.)

C. O., couche optique.
V. L., ventricule latéral.
F1, F2, F3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
L. Oc., lobe occipital.
S. O., scissure occipitale.
L. F., lobe frontal.
L. P., lobe pariétal.

Pl.I

PLANCHE II.

Base de l'encéphale (Voir p. 96).

L. Or., lobe orbitaire.
Po., porus.
C. O., couche optique.
Péd., pédoncule cérébral droit.
Pr., protubérance.
Py., pyramide antérieure.

Pl. II.

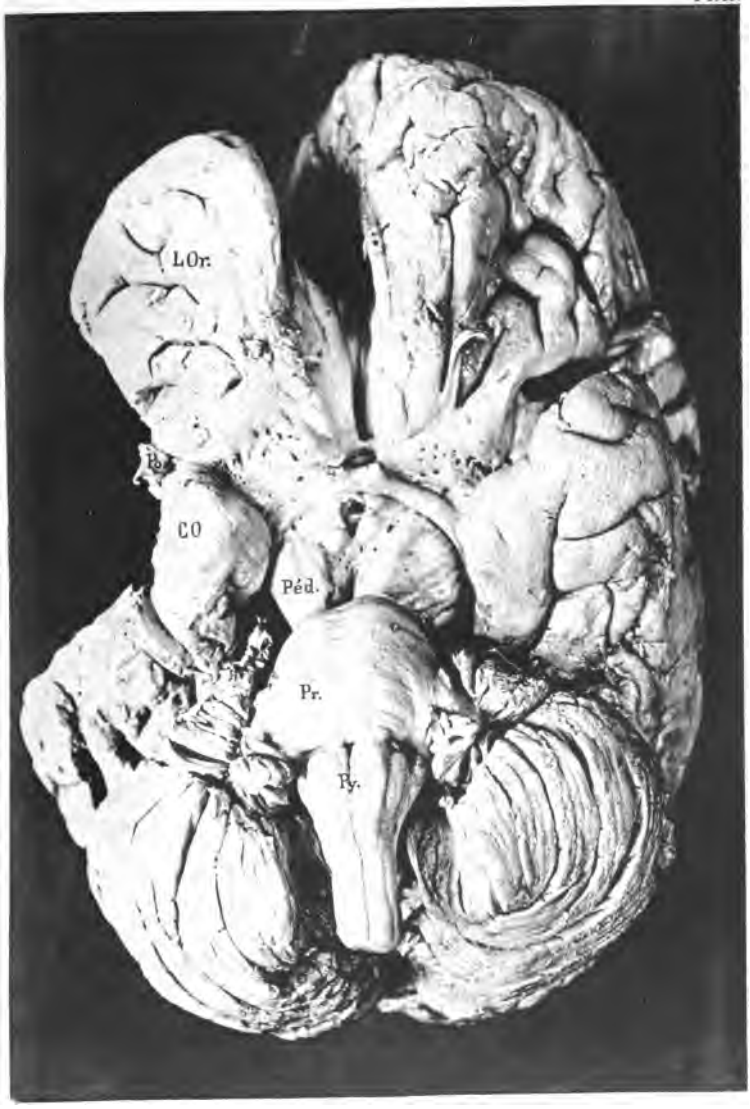


TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : Bicêtre.

HISTOIRE DU SERVICE PENDANT L'ANNÉE 1891.

I. *Situation du service. — Enseignement primaire* III
Enfants gâteux, idiots, épileptiques, invalides III
Enfants idiots, gâteux, valides : Petite école IV
Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, etc. Grande école VI
Promenades et distractions VIII
Visites, permissions de sortie, congés IX
Vaccinations et revaccinations X
Service dentaire X
Bains et hydrothérapie X
Améliorations diverses XI
Visites du service XIII
Musée pathologique XIII

II. *Enseignement professionnel* XIV
Evaluation du travail XV
Progression du travail XVII

III. *Statistique. Mouvement de la population* XIX
Sorties et évasions XX
Décès et transferts XXVII
Population au 31 décembre 1890 XXVII
Personnel du service XXXII

IV. *La nouvelle section* XL
Achèvement des travaux votés en 1889..... XXXIII
Installation des musées XXXVI
Installation d'un second service du traitement du gâtisme XXXVIII
Travaux complémentaires XL
Rapport de M. Lannelongue XL
Discussion au Conseil de surveillance.... . XLI

SECTION II : **Fondation Vallée.**

HISTOIRE DU SERVICE PENDANT L'ANNÉE 1891.

I. *Situation du service. — Enseignement primaire* XLVIII
Visites, congés..... LII
Promenades..... LII
Distractions..... LII
Améliorations diverses..... LII
Maladies intercurrentes..... LII
Maladies épidémiques ..... . LIII, LXXX
Diphtérie..... LIII
Bains et hydrothérapie..... LIII
Vaccinations ; service dentaire..... LIV
Travaux faits par les ateliers des enfants de Bicêtre pour la Fondation Vallée..... LIV
Enseignement professionnel L
Evaluation du travail LI

II. *Statistique : mouvement de la population*. LV
Décès ; sorties ; évasions ; transferts ; population au 31 décembre 1891 LVI
Personnel..... LVII

SECTION III : **Assistance des Aliénés.**

I. Des placements volontaires..... LXII
II. Encombrement des asiles de la Seine. — Les Séniles. — Répartition des malades dans les asiles..... LXXII
Des transferts LXXIV
III. Placements volontaires d'enfants à l'Asile clinique LXXVIII
IV. Placements d'enfants XCIII

V. Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police XCV

VI. Installation défectueuse de cette infirmerie. XCVII

VII. De l'assistance des imbéciles et des faibles d'esprit améliorés ou infirmes CIV

VIII. Recrutement du personnel enseignant dans les services consacrés aux enfants idiots et arriérés..... CVII

DEUXIÈME PARTIE.

CLINIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. *Deux nouvelles observations d'hystérie mâle*; par BOURNEVILLE et P. SOLLIER (1). 3

II. *Idiotie myxœdémateuse*: Relevé du corps de Then.., dit le Pacha, conservation relative; par BOURNEVILLE..... 31

III. *De la température centrale dans l'épilepsie*; par BOURNEVILLE (2)..... 36

IV. *Idiotie complète symptomatique de sclérose atrophique double*; par BOURNEVILLE et P. SOLLIER 49

V. *Epilepsie, manie, exostose du fémur*; par BOURNEVILLE et ISCH-WALL 57

VI. *Idiotie complète, adénie;* Tuberculose généralisée; par BOURNEVILLE et RAOULT..... 85

VII. *Porencéphalie* vraie unilatérale; par BOURNEVILLE et P. SOLLIER..... 96

VIII. *Imbécillité et instabilité mentale; impulsions génitales;* par BOURNEVILLE et R. SOREL (3)..... 108

(1) Extrait des *Archives de neurologie*, 1891, t. XXII, p. 362.
(2) Extrait de la *Revue de médecine*, 1891, p. 272.
(3) Extrait du *Progrès médical*, 1891, n° 37, p. 185.

IX. *Glycosurie passsagère dans un cas de coqueluche* chez une idiote ; par BOURNEVILLE et BANZET 115

X. *Idiotie congénitale ; épilepsie ; tuberculose du rein ;* par BOURNEVILLE et FINET..... 120

XI. *Note à propos de l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots ;* par BOURNEVILLE..... 132

Tous les articles qui composent ce volume sont inédits à l'exception des articles I, III et VIII.

ERRATA : P. XXIX, au lieu de *suffisance*, lisez : INSUFFISANCE.
P. LVI (*sorties*), au lieu de L, lisez LX.

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

3m-10,'34

~~370433~~
RC341
B6
v.12
34570
Bourneville
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY